PATOLOGIA E TERAPIA

DELLE

MALATTIE DELLE DONNE

AD USO

DEI MEDICI PRATICI

BIBLIOTECA MEDICA CONTEMPORANEA

AUGUSTO MARTIN
Professore di Ginecologia all'Università di Berlino

PATOLOGIA E TERAPIA
DELLE
MALATTIE DELLE DONNE
AD USO
DEI MEDICI PRATICI

2.ª EDIZIONE ITALIANA SULL'ULTIMA ORIGINALE TEDESCA

PER CURA DEL PROFESSORE

ERNESTO PESTALOZZA
dell'Istituto Superiore di Firenze

con Prefazione

DEL

Prof. ALESSANDRO CUZZI
della R. Università di Pavia

Illustrato da 204 incisioni

CASA EDITRICE
DOTT. FRANCESCO VALLARDI
Corso Magenta, 48. — MILANO — Corso Magenta, 48.
NAPOLI S. Anna dei Lombardi, 36. — ROMA Belsiana, 60. — TORINO Carlo Alberto, 5. — GENOVA Piazza Fontane Marose
PADOVA S. Fermo, 1261 — BOLOGNA Rizzoli, 3. — PISA Lung'Arno, 20. — FIRENZE Alfani, 41. — PALERMO Corso V. Eman., 290
CATANIA — BARI — PAVIA

Prefazione alla prima Edizione.

In un giro scientifico per visitare le Cliniche ostetrico-ginecologiche tedesche fatto nel 1887 assieme al Prof. Pestalozza, allora mio assistente, una delle più grandi attrattive del nostro soggiorno a Berlino fu quella di recarci a veder A. Martin ad operare. La rapidità e la sicurezza sua nell' eseguire le operazioni anche le più ardue, la semplicità e l' originalità dei mezzi per condurle a termine, impressionano difatti vivamente lo spettatore; si comprende quindi come vecchi e giovani ginecologi si affollino nel suo privato Istituto, monumento parlante di quanto possa la privata iniziativa senza alcun sussidio governativo. Questo Istituto difatti tiene senza svantaggio testa alle due Cliniche ginecologiche Universitarie in grazia dell'attività e dell'abilità del suo Direttore.

Andando per una serie non interrotta di giorni quotidianamente ad assistere alle operazioni del Martin, io ed il Dott. Pestalozza concepimmo il pensiero di far conoscere diffusamente ai medici italiani il suo trattato di ginecologia. Questo trattato era a me assai famigliare, avendolo messo largamente a contributo nei miei corsi teorici di ginecologia fatti ripetutamente all'Università di Pavia. Il constatare con quale precisione allo scritto corrispondeva l'opera dell'Autore mi riempiva l'animo di ammirazione. E in quell'occasione io ed il Dott. Pestalozza parlammo al Martin del nostro desiderio di una traduzione del suo libro; era questo anche un modo indiretto di attestargli la nostra riconoscenza per le squisite e cordiali accoglienze, colle quali ci volle rendere caro il nostro soggiorno di Berlino.

Di ritorno in Italia parlai del concepito progetto col Signor Vallardi, con quel calore che viene dalla persuasione di fare cosa utile al ceto medico del proprio paese, e di rendere omaggio ad una delle più spiccate personalità della moderna ginecologia.

L'editore F. Vallardi entrava subito nel nostro ordine di idee, ed il Pestalozza si metteva tosto attorno al noioso compito di traduttore. E da lungo tempo la traduzione venne compiuta; e se solo oggi vede la luce, ciò è da attribuirsi a ragioni speciali della Ditta Vallardi, impegnata in altre pubblicazioni. Intanto però compariva una traduzione francese della stessa opera, e noi quindi non ci dissimuliamo come la traduzione italiana arrivi in queste condizioni a soddisfare ad un desiderio meno sentito da parte di quel pubblico medico, al quale non è famigliare la lingua tedesca. La traduzione italiana però in confronto della francese ha alcuni pregi che io voglio rilevare. Il Pestalozza, per desiderio dell'editore, ha aggiunto alla traduzione alcune note col consenso del Martin, limitandole però a quei punti nei quali la scienza aveva fatto nuovi passi per opera del ginecologo tedesco. Trattandosi di cose di non grande mole, il traduttore modestamente non volle neppure segnarle col suo nome, ed il lettore può ritenerle senz'altro come proprie dell'autore del libro, perchè dedotte fedelmente dai suoi lavori. Ma intanto la traduzione italiana resta un po' più viva e un po' più moderna della traduzione francese: essa, mi si permetta l'espressione, può essere considerata come un primo passo verso una nuova edizione.

Detto così del modo con cui sorse il progetto di questa traduzione, aggiungerò alcune parole sul merito del lavoro. La traduzione è fedelissima e riproduce esattamente i concetti dell'autore: di ciò assumo io pure la responsabilità. Responsabilità del resto assai leggiera, giacchè la traduzione venne fatta da persona che conosce profondamente la lingua tedesca e la materia tradotta. Il trattato di ginecologia del Martin merita il favore del pubblico per la semplicità e la chiarezza con cui venne redatto, e per la fama cosmopolita di cui gode l'autore come operatore. Avvezzi gli italiani nei loro libri e trattati ad un ordine scolastico di ripartizione delle materie molto rigoroso, potranno forse trovare qualche cosa a ridire sulla divisione addottata per alcuni capitoli. Ma devesi ricordare che il libro venne redatto sulle lezioni date dal Martin nei suoi corsi scolastici, e che perciò, se il classificatore rigoroso può trovare qualche cosa da osservare, il pratico, che vuole approfondirsi nella ginecologia, può invece considerare ciò come un pregio.

Ben fatti sono i capitoli sugli spostamenti d'utero, nei quali,

se le novità si limitano solo ad alcuni dettagli operativi, la materia è però esposta in modo completo e succinto. Nello studio delle metriti abbondano le osservazioni originali di anatomia patologica fatte da Orthmann, da Ruge, da Duvelius, ecc. sotto la direzione dello stesso Martin. Nel capitolo sui miomi l'impronta del libro è originalissima ed eminentemente pratica: la sua influenza nell'invogliare e nell'incoraggiare i ginecologi ad intraprendere la cura operativa di questa affezione certamente fu grandissima. Una parte importantissima ha avuto l'autore del libro in questi studì: basti citare l'enucleazione e l'isterectomia totale addominale come cura dell'utero miomatoso. Notevole ed istruttiva poi è l'affermazione, oggidì più che mai confermata, dello scarso valore della cura elettrolitica di questi tumori. Quantunque nulla di speciale, all' infuori della ricchezza del materiale messo a contributo, si trovi nei capitoli sul cancro e sul sarcoma dell'utero, tuttavia il lettore apprezzerà facilmente la sobrietà e la chiarezza con cui la materia è stata trattata. Un po' troppo breve è forse il capitolo sulle fistole, e assolutamente troppo breve quello sulla tubercolosi. Una vera nota originale riveste l'intero capitolo sulle malattie della tube, tanto dal lato puramente clinico, quanto da quello anatomo-patologico. Si sa difatti che le nozioni sulla patologia della tuba poggiano in gran parte su studi eseguiti nel privato istituto di Martin. Ben fatto abbiamo trovato il capitolo sulla perimetrite, e se le neoformazioni ovariche sono meglio esposte in altri libri, ad esempio in quello di Fritsch, è però certo che interessantissima riesce la lettura del capitolo sull'ovariotomia.

Ecco il nostro giudizio spassionato sul libro del ginecologo Berlinese: ecco le ragioni per cui noi crediamo di doverlo raccomandare. È un libro che ha una forte impronta personale, il che in generale nei trattati invece di un pregio costituisce un difetto. Ma nel nostro caso si tratta di un'opera, che rispecchia fedelmente i risultati della vasta pratica di uno fra i più celebri ginecologi della Germania, il quale nel redigerlo ebbe anche la fortuna di poter ricorrere sovente alla larga esperienza del padre suo, che gli fu maestro, sicchè la spiccata originalità aggiunge al libro nuove attrattive.

Pavia 15 Marzo 1892.

DOTT. PROF. A. CUZZI.

Prefazione alla seconda Edizione.

Credevo accingermi solo a qualche ritocco nel rivedere una nuova edizione della fortunata opera del Martin: in realtà trovai il libro interamente rifatto. Non uno, si può dire, dei punti che furono oggetti di qualche controversia scientifica in questo scorcio di tempo venne trascurato dall'Autore, ed ogni pagina ha una nuova fisionomia. Chiunque ha avuto fra le mani una copia della prima edizione italiana così rapidamente esaurita potrà facilmente convincersene, ed, oltre al notare apprezzabili mutamenti nella forma (quali ad es. l'aver condensato in caratteri minuti tutto ciò che rispecchia la pratica personale dell'Autore, sì da scemare al libro quell'impronta forse troppo soggettiva che acutamente venne rimarcata nelle prime edizioni), potrà constatare radicali cambiamenti nella sostanza. Così fra i diversi capitoli, redatti su nuovo materiale con nuova forma, segnalerà quello sulla cura operativa dei fibromi, che ritrae autorità speciale dalla indiscussa supremazia acquistata in questo argomento dall'Autore colle sempre più ardite e fortunate proposte operative. Nuovo affatto il capitolo assai interessante e preciso sulla gravidanza extrauterina: nuove le pagine che trattano di operazioni conservative sull'ovaio e sulla tuba.

E sopratutto chiunque, seguendo con interesse il movimento ginecologico odierno, si sia appassionato alla reazione che si va palesando contro certe tendenze ad una chirurgia demolitrice ad ogni costo, apprezzerà nel libro del Martin la prudenza dell'arditissimo operatore nello stabilire le indicazioni all'intervento operativo, come si può rilevare nell'ottimo capitolo sulla isterectomia vaginale: pregio questo non piccolo in un libro che tanto ha contribuito fino ad ora, e tanto contribuirà a completare l'educazione ginecologica fra i nostri medici pratici.

Ottobre 1894.

Dott. Prof. E Pestalozza.

INDICE DELLE MATERIE.

INDICE DELLE FIGURE.

I. Esame ginecologico.

I. — Situazione degli organi pelvici.

L'anatomia topografica degli organi del bacino ha trovato recentemente la migliore rappresentazione grafica nelle bellissime tavole di Waldeyer (1). Quella riprodotta nella fig. 1 rappresenta gli organi pelvici coi loro vasi e colla muscolatura del bacino. La figura 2 ne dimostra i rapporti, quali si possono rilevare dallo stretto superiore.

L'esame praticato sulla donna vivente (2) ha dimostrato che l'utero ha una posizione pochissimo stabile, e che per le sue connessioni cogli organi vicini deve subire delle oscillazioni in rapporto col loro stato di distensione.

A seconda di questa distensione, l'utero, che d'ordinario è situato profondamente nel bacino, tanto che il suo collo tocca quasi la coniugata dello stretto inferiore, a vescica piena viene spinto in alto ed all'indietro: a retto disteso si allontana dal diametro retto dello stretto inferiore e si solleva, avvicinandosi alla parete anteriore dell'addome. Se vescica e retto sono distesi, l'utero viene spinto in alto press'a poco nella direzione dell'asse del bacino. Stando ai rilievi fatti da C. Ruge (3) nella clinica di Schröder sulla posizione normale dell'utero, dobbiamo accettare lo schema riportato alla fig. 3 come la più sicura espressione di quei dati di anatomia topografica, che ci dovranno in seguito servire per le ulteriori considerazioni sui rapporti fisiologici e patologici degli organi del bacino.

Ammetteremo perciò che l'utero posa sul pavimento pelvico, col fondo rivolto verso la sinfisi, col collo più o meno fortemente piegato

---

(1) Vedi W. Waldeyer, Beiträge zur Kenntniss der Lage der weiblichen Beckenorgane, Bon 1892.

(2) Vedi B. S. Schultze, Jenaische Zeitschr, f. Med. u. Naturwiss. 1864 e 1870. Monatschrift f. Geburtsk XXXII. 1868. — Die Pathol. u. Ther der Lageveränderungen der Gebärmutter. Berlin 1881.

(3) Vedi Schröder, Lehrbuch der Frauenkrankh, 7. Aufl. 1886.

Fig. 1. — Sezione del bacino (da Waldeyer).

G, utero. *Pv*, portio. *B*. vescica. *Sy*, sinfisi. *S*, vagina. *Hr*, uretra. *M. l. a*, elevatore dell'ano. *M*, retto. *C*, coccige. *A. u*, arteria uterina. *V*, vena uterina. *L. s. u*, legamento utero-sacrale. *H*, uretere. *M. p*, muscolo psoas. *Prom*, promontorio. *A. il*, arteria iliaca *V. il*, vena iliaca.

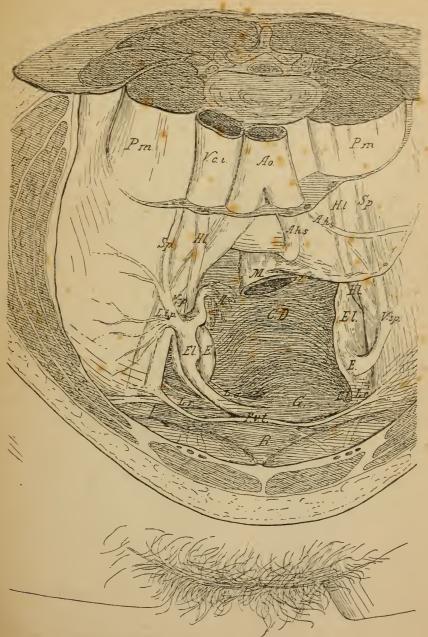



Fig. 2. — Organi del bacino nei loro rapporti (da Waldeyer).

G, utero. *C. D*, tasca del Douglas. *El*, tuba. *E*, ovaio. *A*, ampolla della tuba. *L. i. p*, legamento infundibulo-pelvico. *S. p*, arteria spermatica. *V. sp*, vena spermatica. *Hl*, uretere. *B*, vescica. *P. v. t*, plica vescicale trasversale *L. r*, legamento rotondo. *L. o*, legamento utero-ovarico *M*, retto. *A. h. s*, arteria emorroidale superiore. *P. m*. grande psoas. *Ao*, aorta. *V. c. i*, vena cava ascendente.

ad angolo in basso nella direzione del coccige. Il corpo riposa sulla vescica retratta; il collo sporge nella vagina, che attraversa obliquamente il pavimento pelvico dall'alto in basso e dall'indietro all'avanti. L'utero in massa è di poco al disopra del diametro retto dello stretto inferiore: lo spazio del Douglas è ampiamente aperto verso l'alto, ed accoglie un convoluto di anse intestinali: la vescica vuota appare quasi coperta dal corpo dell'utero.

Fig. 3. — Posizione normale dell'utero, secondo C. Ruge.

In questa posizione però non si deve credere che l'utero sia assolutamente fisso, e che ogni deviazione dagli accennati rapporti col bacino e cogli organi vicini assuma un significato patologico. Una tale interpretazione, che regnò del resto per certo tempo in ginecologia, non risponde affatto alle nozioni, che abbiamo sui momenti che influenzano la posizione dell'utero (1).

È oggidì fuor di dubbio che non è affidato ai legamenti larghi e rotondi il cômpito esclusivo di sostenere l'utero, cômpito che non spetta neppure ai legamenti utero sacrali; tutti questi mezzi legamentosi nello stato sano spiegano un'azione quasi trascurabile, e non si sentono tesi pel peso di un utero normale in qualsiasi posizione del corpo, sicchè non ci è possibile di considerarli come i sostegni dell'organo. Essi concedono all'utero una estesa mobilità, e la loro influenza sulla sua posizione si fa palese solo quando in essi si sviluppano processi patologici, che esercitino una azione nociva sulla loro forma e distensibilità.

La pressione endo-addominale dovrebbe, secondo altre viste, mantenere l'utero nella sua posizione. È un fatto che i mutamenti di questa pressione agiscono essenzialmente sull'utero stesso, come si può ad es. osservare nei moti respiratorî; non dobbiamo però ritenerla come il solo

(1) Vedi O. Küstner (Untersuchung über d. Einfl. der Körperstellung auf die Lage des nicht graviden, bes. des puerp. Uterus. Archiv. f. Gyn. XV). Vedi anche Waldeyer l. c.

momento determinante la posizione dell'utero, perchè questa pressione endo-addominale si distribuisce di necessità su tutto l'utero, come su tutto il pavimento pelvico. Resta perciò il pavimento pelvico come vero sostegno dell'utero. Non ci dobbiamo perciò immaginare che, ove venga distrutto il pavimento pelvico, l'utero debba senz'altro farsi procidente; esso si abbassa alquanto, finchè glielo concedono gli apparecchi legamentosi e la pressione endo-addominale.

Il pavimento pelvico in ogni posizione della donna, in ogni posizione dell'utero, serve sempre d'appoggio, e perciò dobbiamo considerarlo come il vero sostegno dell'utero. Questo sostegno non è però formato da tessuti rigidi ed immobili: esso è pure soggetto fino ad un certo grado alle oscillazioni della pressione endo-addominale. Nei limiti, che gli sono concessi dai suoi legamenti, e nei limiti di mobilità del pavimento pelvico l' utero è da considerarsi come fisiologicamente sospeso.

Gli annessi dell'utero, considerato nella posizione che abbiamo descritto, cioè un po' inclinato all'avanti, non si trovano immediatamente ai suoi lati, ma alquanto all'indietro. Le ovaie, come sono rappresentate nella fig. 2, giacciono press' a poco in una linea, che dall' altezza del fondo dell'utero si dirige verso l'articolazione sacro-iliaca. Situate come sono in una tasca formata dal legamento largo e dal legamento sacro-uterino (Fossa Claudii), godono del resto anch' esse di una certa mobilità, talchè subiscono indubbiamente l'influenza dello stato di ripienezza dell' intestino. Assieme alle ovaie, le tube (fig. 2) contornano le pareti laterali dello spazio del Douglas, e sono a diversa profondità, secondo che lo spazio nel piccolo bacino è invaso dalla vescica distesa o dal retto disteso.

Per valutare i rapporti topografici del pavimento pelvico conviene infine rilevare che nel connettivo di sostegno tra le fascie ed i muscoli, fin sotto al rivestimento peritoneale degli organi pelvici, si accumula nella donna sana un tessuto adiposo assai abbondante, che colla sua caratteristica compattezza contribuisce essenzialmente a rafforzare tutto il pavimento del bacino. La scomparsa di questo adipe, quale si avvera con frequenza nel periodo puerperale e nelle malattie generali, talvolta con sorprendente rapidità, mette in evidenza l'importanza fisiologica di tale massa adiposa.

L'unione dell'utero col fornice vaginale posteriore, ed i rapporti di questo col peritoneo, vengono per lo più nei disegni schematici rappresentati come assai esili: eppure vi si notano considerevoli oscillazioni. Spesso i tessuti hanno in questo punto appena $1/2$ centimetro di spessore: in altri casi fra il fornice e il rivestimento peritoneale si intromette un tessuto di spessore assai maggiore, ed io lo trovai fin di 5 centimetri, senza che vi si potessero dimostrare infiltrazioni o aderenze patologiche.

Le connessioni dell'utero colla vescica offrono analoghe oscillazioni

nel loro spessore, da 1 a 4 cent.: anzi l'inserzione della vescica può estendersi sull'utero fino al disopra del collo, cosicchè la tasca peritoneale anteriore si trova appena al disotto del fondo dell'utero, mentre in altri casi la vescica arriva appena fino al collo, e il fornice è in immediato contatto col fondo dell'escavazione vescico-uterina. Quest'ultimo rapporto io l'ho spesso osservato nell'estirpazione vaginale dell'utero, specialmente in donne attempate.

La plica peritoneale, di cui Waldeyer dà una così esatta descrizione anche nelle sue recenti tavole, e che si solleverebbe all'avanti appena al disotto del fondo dell'utero per rendersi evidente ai lati della parte anteriore del bacino, noi ginecologi non la vediamo che raramente: probabilmente scompare presto per influenza di quei neoplasmi, che di solito dànno una indicazione alla laparotomia.

Non posso lasciare questo capitolo senza accennare alla posizione degli ureteri, che, negli ultimi anni, pel favore acquistatosi dall'estirpazione vaginale dell'utero, merita più attento studio che non nel tempo in cui le ferite di questi organi si verificavano solo nei parti distocici, traendo con sè la formazione consecutiva di fistole. Dal punto d'inserzione dei legamenti larghi sulla parete pelvica gli ureteri si dirigono nel piccolo bacino verso la vescica, immediatamente sotto al foglietto peritoneale anteriore di detti legamenti, in grande vicinanza alla parete anteriore del bacino (vedi fig. 1 e 2). Giacciono perciò a discreta distanza dal collo dell'utero, e quindi il pericolo di una loro lesione nell'estirpazione vaginale dell'utero si presenta solo allorchè, per la neoplasia, si sia determinato uno stiramento delle parti. Per mio conto finora in più di 300 operazioni non ebbi mai ad incorrere in tale pericolo.

II. — Metodi di esame ginecologico.

1. — Palpazione. Esplorazione combinata.

Fino a venticinque anni fa l'esame ginecologico si limitava quasi esclusivamente all'introduzione di uno o più dita in vagina, dopo aver rilevato dal di fuori i rapporti dell'addome mediante la palpazione, e al successivo esame della vagina e della portio vaginalis collo speculum. Fu considerato come un grande progresso l'aver appreso ad indagare il canale uterino a mezzo della sonda, il che riusciva effettivamente ad estendere di molto il campo del diagnostico ginecologico. Ma un rapido ed ardito sviluppo la ginecologia lo prese solo quando fu adottata l'esplorazione combinata, quando cioè si cominciò a praticare l'esame degli organi pelvici sotto il contemporaneo controllo di una mano poggiata all'esterno sulle pareti addominali e delle dita dell'altra mano introdotte in vagina (B. S. Schultze l. c. — Holst, Beitr. z. Geburtsk. und Gynäkol. 1865).

L'esplorazione combinata respinge il cateterismo dell'utero in seconda linea; per sè sola essa è già in grado di fornirci nozioni sufficienti sullo stato degli organi pelvici. Per usare con vantaggio dell'esplorazione combinata, conviene però prima abituarsi a mettere le pazienti in una opportuna posizione. È noto come molteplici siano le tavole e sedie ginecologiche consigliate per questo scopo, nè ad esse si possono negare diversi vantaggi. Hanno tuttavia quasi tutte comune l'inconveniente di occupare molto spazio, ed evidentemente non si possono portare con sè nella casa delle pazienti. L'essenziale requisito di una simile sedia si è che la donna possa giacervi colle pareti addominali rilasciate, quindi coi piedi rialzati, e si trovi ad altezza conveniente perchè il medico possa compiere tanto la palpazione esterna, che l'esplorazione combinata. Io mi servo di un tavolo semplice di comune altezza, di cui il piano orizzontale è diviso trasversalmente in vicinanza ad una delle estremità. La parte più grande di questo piano si può inclinare a piacere, ed il tavolo viene munito di una tela impermeabile e di adatti cuscini pel capo e pel sacro; i piedi vengono a posare su di un alto sgabello.

Fig. 4. — Tavolo per l'esame ginecologico.

Su questo tavolo, che si può imitare assai facilmente nella pratica privata, io sono solito fare l'esame della donna. Un tavolo analogo possiamo improvvisarlo ovunque facilmente, quando si voglia fare un sufficiente esame della donna al suo domicilio, giacchè ogni tavolo comune si può così adattare a mezzo di cuscini. D'ordinario, io faccio mettere la donna sul dorso, e in questa posizione eseguisco tanto la palpazione

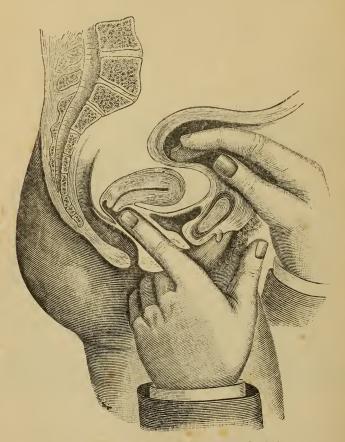



Fig. 5. — Esplorazione combinata (da Schröder).

esterna che l'esplorazione combinata; e della stessa posizione mi servo anche per l'applicazione dei varî generi di speculum.

La posizione da darsi alla donna fu oggetto di controversie anche in tempi non molto lontani; e ancora oggidì, dove dominano i costumi inglesi, il maggior numero dei ginecologi preferisce la posizione sul fianco sinistro o di Sims, nella quale il medico si mette dal lato del dorso della donna. Ma questa posizione, per quanto mi suggerisce la mia espe-

rienza, anzichè facilitare, ostacola l'esplorazione combinata degli organi pelvici. Del resto il tavolo descritto serve ottimamente anche per l'esame in questa posizione; così pure serve anche per un eventuale esame nella posizione genupettorale, cui è d'uopo ricorrere in certi casi speciali.

Data alla donna una conveniente posizione, l'esame incomincia con una rapida palpazione dell'addome mediante la mano apposta a piatto. Se in questo tempo non si rivela nulla di evidentemente abnorme, io introduco in vagina l'indice previamente unto, e in casi di vagina sufficientemente ampia l'indice e il medio assieme, mentre contemporaneamente dall'esterno porto l'altra mano sulle pareti addominali e le deprimo lentamente, man mano che progredisce il dito esploratore (fig. 5). — In primo luogo si esamina l'utero; constatati i caratteri della *portio vaginalis*, porto sotto di essa il dito, oppure colloco il dito medio nel fornice posteriore, l'indice nell'anteriore, e spingo alquanto in alto l'utero colla massima cautela, per quanto lo consentono le sue connessioni cogli organi vicini: colla mano posante all'esterno cerco di toccare il fondo dell'utero, o, a seconda dei casi, la sua faccia, che è rivolta in alto. Di regola si riesce facilmente con questo metodo a tenere l'utero fra le due mani, e a valutarne la posizione, il volume e la consistenza. Poi io porto il dito esploratore e la mano esterna ad uno dei lati dell'utero, e finalmente dietro di esso all'altro lato. In questo procedimento dobbiamo evitare ogni impiego di violenza. Lo scopo è raggiunto tanto più facilmente, quanto più delicatamente si toccano le parti, e quanto è minore lo spreco di forza, anche prescindendo dal fatto che, spiegando uno sforzo eccessivo, la tensione inevitabile delle pareti addominali ostacola assai la palpazione.

Chi abbia un lungo esercizio nell'esplorazione riesce senza difficoltà a sentire gli annessi uterini. Così è relativamente facile rintracciare le ovaie all'indietro e all'esterno dell'utero: e spesso più all'avanti, partendo dagli angoli dell'utero, si arriva a sentire almeno l'estremità uterina delle tuba; non di rado anche ad inseguire la tuba in tutto il suo decorso fino all'ovaio. Non credo però si debba ritenere quale condizione indispensabile di ogni esame la palpazione bimanuale dell'ovaio; le malattie di quest'organo, siano o no accompagnate da un aumento di volume, si dànno a conoscere di solito abbastanza chiaramente nel momento in cui si esplorano le parti laterali del bacino: l'esplorazione combinata o vi desta forte dolore, o rileva subito un cambiamento di volume in questo punto. Ma, se non vi è nè esagerata sensibilità, nè aumento di volume, possiamo senz'altro escludere una malattia di questa parte degli annessi, e non sarà allora necessario, dato che le ovaie non si trovino facilmente, l'insistere nella loro ricerca a costo di procurare dolore alla paziente.

Non è raro che l'esplorazione combinata incontri serî ostacoli nel-

l'esagerato sviluppo di adipe in grembo alle pareti addominali, o nella rigidità o sensibilità di queste pareti. Se anche, flettendo di più le cosce, o rialzando tutto il podice, o invitando la donna a respirare tranquillamente, o deviandone ad arte l'attenzione, non si giunge ad ottenere il voluto rilasciamento delle pareti addominali, si potrà ancora render possibile la palpazione, quando si approfondi la mano esterna immediatamente al disopra della sinfisi, nella piega cutanea che spesso si riscontra in questo punto. Se anche con questo mezzo non si ottenesse altro che di fissare l'utero di contro al dito esploratore, cosicchè questo possa risalire lungo i lati dell'utero stesso, si sarebbe già per molti casi raggiunto un risultato soddisfacente.

Una intelligente applicazione dell'esplorazione combinata limita di molto il numero dei casi, in cui occorre chiamare in sussidio la cloronarcosi: e ciò specialmente per le visite da ambulatorio. Per lo più l'esplorazione combinata ci fornisce un quadro così dettagliato degli organi dello scavo, da rendere quasi affatto superfluo l'uso della sonda per stabilire la posizione dell'utero.

2. — Ispezione. Speculum.

A completare i risultati dell'esplorazione combinata basta di solito il mettere allo scoperto la vagina e la portio vaginalis nello speculum. Fra i numerosi modelli di speculum io mi attengo a due sole forme, che ho riconosciuto più che sufficienti per gli scopi diagnostici. Fra gli speculum tubulari faccio uso di quello in porcellana, noto sotto il nome di speculum di Mayer (1). Preferisco quelli a tubo non troppo lungo, e trovo che tre diverse grossezze bastano perfettamente. Ne ho fatti fare in gomma indurita, e rispondono benissimo al loro scopo: sono di facile manutenzione e durevoli: in riguardo di ciò devo notare che, quando uso liquidi caustici, non li verso mai nello speculum, ma li porto direttamente sulla portio.

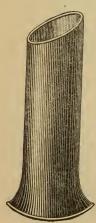



Fig. 6. — Speculum tubulare.

Fig. 7. — Speculum univalve di Kristeller.

Nell' introdurre tali speculum tubulari conviene con una mano divari-

(1) Verhandl. der geburtsh. Ges. Berlin 1853.

care i margini della vulva, mentre l'altra preme coll'orlo posteriore dello speculum sulla commissura vulvare posteriore, finchè l'orlo anteriore arrivi al disotto del tubercolo uretrale. Solo allora si spingerà avanti lo speculum, nella direzione che ci è indicata dalla preceduta esplorazione. Se si formano in vagina delle pieghe, che nascondono il collo, o se questo non si immette subito nel lume dello speculum, con movimenti di rotazione si vincono facilmente questi ostacoli.

Siccome naturalmente questi speculum tubulari lasciano veder con

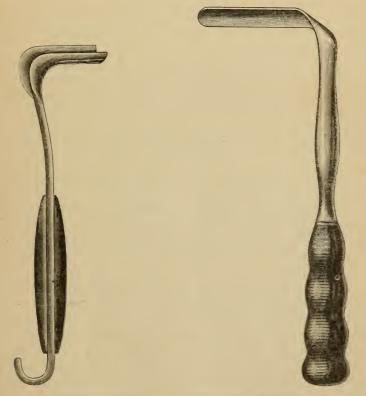



Fig. 8. — Valva posteriore in metallo. Fig. 9. — Valva laterale in metallo.

chiarezza solo il collo, o quella parte di parete vaginale che fa sporgenza nel loro lume, e d'altra parte può riescir utile l'esame della parete vaginale su grande estensione o l'ispezione di quella parte di parete vaginale che si inserisce al collo, io ricorro per simili scopi agli speculum univalvi, e specialmente a quelli muniti di manico, come quello di Kristeller (fig. 7). Tengo a mia disposizione una valva più grande ed una più piccola, di metallo o di gomma indurita. La valva più grossa viene introdotta obbliquamente nella vulva a donna in po-

sizione dorso pelvica: con essa si stira fortemente in basso la parete vaginale posteriore ed il perineo, dopo averla spinta fino al fornice posteriore. Al disopra di questa si colloca poi la più piccola per sollevare la parete vaginale anteriore. Con un po' di esercizio si riesce facilmente ad esaminare fra le due valve le pareti vaginali laterali, o, spostando opportunamente le valve, la parete anteriore e la posteriore, e a mettere in evidenza i fornici ed il collo. Potendosi spingere le valve a maggiore o minor profondità, riesce agevole un completo esame di tutta la vagina.

Per pulire dalle mucosità il campo dello speculum io faccio uso di tamponcini di cotone attorcigliati attorno ad un bastoncino di legno, o portati da una pinza.

Durante le operazioni, per rendere più facilmente accessibile il collo, io ricorro alla valva posteriore (fig. 8) ed alle valve o leve laterali (fig. 9), le quali, essendo metalliche, si possono disinfettare col calore.

3. — Vescica e retto dal punto di vista dell'esame ginecologico.

Di solito l'esplorazione combinata e collo speculum bastano per stabilire la diagnosi, specialmente se la meta dell'esame fu prima circoscritta interrogando la paziente sui disturbi che essa accusa, e non trascurando mai di informarsi dei particolari della mestruazione, in special modo dell'ultima, e delle eventuali pregresse gravidanze. I risultati saranno tanto più attendibili, se retto e vescica furono in precedenza vuotati.

a) La vescica distesa può ostacolare seriamente l'esame: all'esplorazione combinata l'utero si avverte allora solo in modo confuso, e spiccatamente spostato all'indietro. Se la distensione è molto forte, la vescica forma un tumore più o meno voluminoso, tondeggiante, di consistenza elastica, al disotto delle pareti addominali, e lo si può senz'altro distinguere, perchè, risalendo dal piccolo bacino, si porta immediatamente sotto le pareti addominali. In tutti i casi in cui l'utero si sente difficilmente, sia per un tale ostacolo che si intromette fra la mano esterna e l'utero, sia per la rigidità delle pareti addominali, o per un tumore interno immediatamente soggiacente alle pareti, si dovrà far precedere all'esplorazione l'evacuazione della vescica a mezzo del catetere da uomo, in metallo o in vetro, che dovrà esser lavato prima di farne uso. Preferisco il catetere da uomo, perchè i soliti cateteri metallici da donna non bastano sempre per arrivare in vescica, se l'uretra è stirata nella sua lunghezza; scelgo gli istrumenti metallici o di vetro, perchè meglio degli altri possono mantenersi puliti.

L'esplorazione degli organi pelvici dalla vescica si potè praticare

solo dopo che Simon (Volkmann's Samml. kl. Vortr. 1875, n. 88) ebbe insegnato la metodica dilatazione dell'uretra. Nei tentativi di simil genere, che io ho intrapreso, ho sempre notato che il legamento arcuato fissando l'uretra, costituisce un grave ostacolo alla mobilità del dito introdotto nell'uretra stessa, cosicchè solo in casi isolati, riferibili ad alterazioni dello sfondato vescico-uterino, io ricorro a questo sussidio diagnostico.

La dilatazione si fa, secondo i consigli di Simon, con piccoli tubetti di gomma indurita, muniti di un otturatore arrotondato al suo estremo. Vengono introdotti nella narcosi (indispensabile per la grande sensibilità dell'uretra) successivamente i diversi numeri, cominciando dal più sottile, fino al più grosso, che ha una circonferenza da 6,5 a 7 cent., ed allora il dito indice può penetrare fino in vescica. Ho sempre veduto la dilatazione accompagnarsi con piccole lacerazioni al meato urinario, che ne interessano specialmente la periferia anteriore, ma possono verificarsi anche in altri punti. Solo in caso di stenosi o di ulcerazioni, vidi lacerarsi anche l'orificio interno dell'uretra. La distensibilità dell'uretra è assai varia; per lo più il tessuto cede facilmente: in altri casi può esser necessario premettere delle incisioni sul rigido meato urinario.

Se i tessuti circostanti sono molto cedevoli, sarà utile di fissare con pinze in diversi punti l'orlo del meato urinario. Le lacerazioni spesso dànno forte emorragia: io uso chiuderle subito con punti di catgut, i cui nodi vengono a sporgere nell'uretra. I fili li faccio passare sotto tutta la superficie ferita, avendo cura di porre il punto superiore all'estremo superiore della lacerazione. La guarigione segue per lo più senza inconvenienti: talvolta i fili tagliano i tessuti, e allora succede cicatrizzazione per seconda intenzione. Il ricupero della funzionalità completa della vescica richiede un tempo assai diverso nelle varie pazienti: alcune non vanno affatto soggette ad incontinenza; altre ne soffrono per giorni, anzi per settimane intiere. Fino ad ora io ho sempre veduto ristabilirsi una perfetta continenza: in caso contrario, io ricorrerei al ristabilimento del lume normale dell'uretra, secondo il processo di Winckel (Handbuch der Chirurgie. Die Blasenkrankh d. Weibes).

Al Congresso Ginecologico di Monaco del 1886 Sänger ha descritto la palpazione degli ureteri dalla vagina (Centralbl. f. Gyn. n. 26): di questo metodo io non ho però ancora sufficiente esperienza personale.

Simon ha raccomamdato, come altro mezzo diagnostico, il sondaggio degli ureteri dopo la dilatazione dell'uretra; processo che Pawlik ha insegnato ad eseguire anche senza premettere la dilatazione uretrale (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. VIII). Questo cateterismo degli ureteri mi è ripetutamente riuscito, se, seguendo i precetti di Simon, io arrivavo a tastare negli angoli del trigono del Lieutaud i tubercoli, ai quali sboc-

cano gli ureteri. Si può poi anche dalla vagina seguire il decorso degli ureteri. Però questo cateterismo degli ureteri, per quanto concerne il diagnostico dei visceri pelvici, non dà un risultato che compensi le gravi difficoltà dell'esecuzione: perciò io limito tale procedimento ai casi di fistole ureterali.

b) Se alla distensione della vescica è facile ovviare, la distensione del retto porta ostacoli forse più gravi all'esame degli organi del bacino.

Infatti la ripienezza del retto e dell' intestino non sposta l' utero, ma rende spesso affatto impossibile la delimitazione degli organi vicini, tantochè i risultati, che si ottengono in tal caso sulla posizione e volume delle ovaie e su eventuali essudati, sono pochissimo attendibili. Perciò, a meno di urgenza, si rimanderà il giudizio definitivo fino a che si sia ottenuta completa evacuazione dell'alvo.

L'esplorazione rettale degli organi pelvici era per l' addietro limitata ai casi, in cui è impossibile il riscontro vaginale. Holst pel primo (Beiträge d. Geb. und Gyn. 1865) ha richiamato l' attenzione sui vantaggi, che in dati casi si possono ottenere dalla esplorazione rettale. L' introduzione di uno o due dita nell'ano ha sempre qualche cosa di disaggradevole per le pazienti: riesce molto dolorosa se esistono varici, ragadi, o infiammazione del retto. Mentre per Holst bastano uno o due dita, Simon (Deutsche Klinik 1872) ha raccomandato l'introduzione di tutta la mano nel retto per esplorare non solo il bacino, ma tutta la cavità addominale. Questo processo di Simon, che ha con sè il pericolo di ferite non irrilevanti all'ano ed all'intestino, perde poi ancor più del suo valore per gli ostacoli che incontra la mano, stretta com'è dall'angustia del tubo intestinale. Perciò è dai più abbandonato, o limitato solo a casi speciali. L'introduzione di 1 o 2 dita invece è semplice, e, con un po' di prudenza, è innocua pel tubo intestinale. Naturalmente bisognerà prima vuotare il retto. Si spinge allora il dito fino al terzo sfintere, e nello spazio, che sta al disotto di questo, esso trova sufficiente libertà di movimenti per esplorare l'utero, la sua parete posteriore, e gli organi vicini della tasca del Douglas, specialmente aiutandosi con opportune manovre della mano esterna. Non di rado si fa necessaria la narcosi.

Del resto, in vista dei soddisfacenti risultati dell'esplorazione combinata vagino-addominale, io ricorro assai di rado all'introduzione del dito nel retto: cioè quando occorra stabilire i rapporti dello spazio del Douglas, o precisare l'esistenza di essudati nei parametrî ed intorno alle ovaie.

I visceri situati più in alto nel bacino, e specialmente le tube, sono a mio parere meno accessibili all'esplorazione rettale che non all'esplorazione vaginale combinata. Nell'esame delle vergini è da raccomandarsi l'esplorazione rettale, per stabilire se esistano alterazioni patologiche dei genitali. In questo esame accade a chi è poco esercitato di scambiare a

tutta prima il collo dell'utero con una neoformazione patologica situata nello spessore della parete intestinale, e che obliteri in parte il lume dell'intestino: si potrà però coll'aiuto della mano esterna riconoscerne il volume, la forma e la mobilità. Anche per l'esplorazione rettale io metto la paziente nella solita posizione dorso pelvica: solo quando si reputi necessaria l'introduzione dell'intera mano, faccio prendere il decubito laterale, e ricorro allora di regola alla narcosi.

Accennati così i diversi metodi di esplorazione, mi preme notare che è necessaria la massima prudenza nel valutare l'importanza dei reperti ginecologici, e nel riferire a malattie dei genitali i sintomi accusati dalla paziente. Certo che in molti casi un'affezione ginecologica di poco rilievo ci spiega disturbi persistenti, che si riferiscono al cuore, allo stomaco, al sistema nervoso, e i disturbi scompaiono col guarire della malattia: ma d'altra parte incontriamo pure sovente le tube più svariate, che il volgo mette in rapporto con malattie dell'apparato genitale, e per le quali noi non riusciamo a dimostrare in questo apparato un punto di partenza: ed in questi casi non saremo mai abbastanza severi nella critica dei reperti.

4. — Esame nella narcosi.

Se cogli accennati mezzi diagnostici non si raggiunge una sufficiente sicurezza nella diagnosi, o se si tratta di stabilire in base al reperto qualche serio atto operativo, sarà meglio ripetere l'esame nella cloronarcosi. Allora, previamente vuotato l'intestino, posta la donna in posizione dorso pelvica a cosce flesse, si potranno più esattamente stabilire le condizioni della cavità addominale e del pavimento pelvico. Nei casi, nei quali la massa dell'utero non può essere delimitata con sufficiente precisione, sia per l'esistenza di un tumore contiguo, sia per la spessezza delle pareti addominali, mi aiutò spesso nella diagnosi l'artificio di spingere in alto il dito lungo i lati dell'utero. Mentre cioè la mano esterna cerca di fissare l'utero, io spingo il dito esploratore lungo il bordo laterale del collo, e attraverso al fornice mi riesce così di raggiungere il punto di passaggio dal collo al corpo, o il corpo stesso. Se ciò non basta, si consiglia in questi casi così difficili di procedere secondo il metodo di Hegar (1); afferrando con una pinza uncinata (fig. 10) il collo dell'utero, per tirarlo in basso, e facendolo mantener fisso da un assistente, si cercherà col dito esploratore e colla mano esterna di delimitare l'utero e i suoi rapporti cogli organi contigui. Un simile spostamento dell'utero determina sempre dolori piuttosto vivi, per il che un tale esame non si dovrà praticare che nella narcosi.

(1) Volkmann's Sammlung Klin Vort. 105.

Se si tratta di esaminare dei tumori della cavità addominale, o gli organi annessi all'utero, siano essi o no facilmente accessibili alla palpazione, la loro mobilità e i loro rapporti coll'utero si potranno stabilire coll'indicato metodo, spingendo cioè il dito fra gli elementi in questione e l'utero tirato in basso.

Fig. 10. — Pinza uncinata scomponibile.

In questa circostanza torna di grande aiuto per stabilire la diagnosi il mezzo raccomandato dallo Schultze (1), di far cioè spostare da un aiuto la massa del tumore.

Il procedimento di Hegar io credo poterlo raccomandare in base alla mia abbastanza estesa esperienza in proposito: nel parlare però di simili metodi speciali di esame non posso a meno di raccomandare la massima prudenza nell' eseguire tali palpazioni. Anche malgrado le più minuziose cautele, accadrà qualche volta di produrre delle lesioni, che portano il male ad uno stadio acuto: non solo per la possibile rottura di un tumore e versamento del suo contenuto nella cavità addominale, accidente che, del resto, non è sempre pericoloso, ma anche perchè si può dar luogo ad emorragie così imponenti, da esporre l' infelice paziente alla morte per collasso, ove non si intervenga con radicali soccorsi. Più tardi, parlando dei tumori ovarici e delle malattie delle tube, avrò occasione di estendermi di più sulle conseguenze, che questi metodi di esame possono determinare nei tumori.

5. — Esame colla sonda.

Oggidì io non faccio più uso della sonda per stabilire primitivamente la diagnosi, come si riteneva da molti necessario fino a non molti anni fa. L'esplorazione combinata ci fornisce dati sufficienti sulla situazione, forma e consistenza dell'utero, perciò su quei punti che si credeva necessario mettere in luce col mezzo della sonda. Io faccio uso della sonda solo per apprezzare la forma e lunghezza della cavità uterina, per precisare in cifre la lunghezza del corpo e del collo, per stabilire la posizione del canale uterino e lo spessore delle pareti dell'utero: eventualmente per indagare il contenuto dell'utero, o la sede di alterazioni della sua mucosa, e infine per ottenere determinati e prefissi spostamenti del-

(1) Wiener med. Blätter 1879 N. 44-25.

l'utero. Usata colla dovuta prudenza, la credo uno strumento utilissimo, e non pericoloso, nel cui maneggio si ha sufficiente occasione di istruirsi in un corso di ginecologìa, su quelle donne che, come spesso accade, offrono nell'apparato genitale un grado bassissimo di sensibilità.

Il cateterismo dell'utero è controindicato in primo luogo quando esista anche un semplice sospetto di gravidanza. A questo riguardo non si sarà mai troppo cauti nella pratica: ci premuniremo da errori, se prima di praticare il cateterismo ci informeremo sui particolari dell' ultima mestruazione e sui risultati dell' esplorazione combinata. Certo che il cateterismo non sempre interrompe la gravidanza; l'interruzione però costituisce la regola, e nei casi dubbî ci dovremo astenere dall'uso della sonda.

Si eviterà in secondo luogo il cateterismo finchè in vicinanza dell'utero appaia sensibilità all'esplorazione combinata: esistano cioè infiammazioni recenti peri e parametritiche, o resti di essudati ancora in diverso grado irritabilì. Uno speciale ed accurato esame merita in proposito il fornice posteriore, dove nei legamenti utero sacrali, o al fondo della tasca del Douglas, possono persistere residui infiammatorii, mentre in ogni altro punto gli annessi appaiono completamente sani.

Il trascurare tali residui flogistici ci espone al pericolo di eccitare una recidiva per l' irritazione, che non si può evitare coll'uso della sonda, come se ne hanno numerosi esempì nella storia del cateterismo uterino: esempi che furono attribuiti a colpa diretta del cateterismo, mentre si devono riferire alla trascuranza di un esame sufficiente, che deve sempre precedere l' uso della sonda.

In terzo luogo è mio avviso che la sonda non dovrebbe mai essere impiegata in casi di recenti processi infiammatorii dell' utero stesso, come pure in donne mestruanti, o che non hanno completamente sorpassato il periodo mestruo, perchè si darebbe così luogo ad una emorragia più rilevante di quella che si ha sempre pel cateterismo di canali angusti provvisti di mucosa.

Fig. 11.
Sonda metallica.

Passando da Kiwisch (1), Simpson (2), Huguier (3), Sims fino ai tempi più recenti, furono ideate le più svariate forme di sonde e suggeriti per la loro costruzione i più differenti metalli. Fra la copia di queste sonde, varie per forma e per materiale, io mi servo sempre ed

(1) Kl. Vorträge 1-45.
(2) Monthly Journ. 1843 — e Obst. Memoirs and Contrib. 1855.
(3) De l'hysterométrie. Paris. 1855.

esclusivamente di una sonda rigida (fig. 11) di E. Martin. Finora con questo stromento mi riescì l'esame di ogni utero (e non potrei fare un conto nemmemo approssimativo delle migliaia di questi casi), cosicchè non sento alcuna necessità di sostituirlo con altro qualsiasi strumento.

Con questa sonda ho sempre potuto stabilire il decorso del canal cervicale, la lunghezza dell'utero, lo spessore delle sue pareti e tutti gli altri quesiti, che a questi si riannodano.

Non mi soddisfa il consiglio di incurvare volta per volta la sonda foggiandola sulla supposta forma dell'utero: bisognerebbe ritener per noto ciò che appunto si vuol conoscere col cateterismo, e fissare il grado di curvatura in base ad una idea preconcetta: d'altra parte la curva, spesso accentuatissima, del canal cervicale, influendo sul metallo flessibile, non ci permette di farci un concetto sicuro del suo decorso.

Per introdurre la sonda si porrà la donna sul dorso su un comune tavolo ginecologico, e, portando un dito contro il labbro posteriore del muso di tinca, si farà scorrere sulla sua superficie palmare l'estremo olivare della sonda, fino ad introdurlo nell'orificio uterino. Giunta la sonda in vicinanza all'orificio interno, supposto l'utero nella sua posizione normale, è necessario abbassare fortemente il manico per penetrare nella cavità del corpo. Dal modo con cui penetra la sonda, si riconosce il decorso e la forma della cavità uterina. Se una piega del canal cervicale si oppone alla penetrazione della sonda, vi si rimedia con cauti movimenti di lateralità, o di innalzamento ed abbassamento del manico.

Tenendo poi fissa la sonda e l'utero con una mano, che afferra il manico, le dita dell'altra mano potranno attraverso ai fornici apprezzare lo spessore delle pareti uterine e il modo di continuarsi dell'utero coi tessuti vicini: smuovendo la sonda nella cavità uterina si potrà valutare approssimativamente il contenuto di questa cavità: infine il dito introdotto in vagina può fissare sulla sonda la lunghezza dell'utero. Per determinare la lunghezza del canal cervicale bisognerà arrestare la sonda quando il suo estremo olivare giunge all'orificio interno, che si distingue di regola come il punto più angusto.

Anche in uteri retroflessi si può introdurre la sonda senza che tale manovra si accompagni a vera dislocazione del viscere, del che è facile convincersi coll'esplorazione. Nei casi di retroflessione si porta nel solito modo la sonda fino all'orificio interno, poi, facendo descrivere al manico della sonda un largo arco di cerchio fuori dei genitali, se ne rivolge la concavità all'indietro: allora di regola essa penetra nella cavità uterina, mentre viene sollevata verso la sinfisi pubica. La penetrazione della sonda nella cavità uterina incontra tanto minori difficoltà, quanto più accurato fu l'esame della posizione mediante l'esplorazione combinata.

Le sonde e gli strumenti foggiati a sonda, oltre al servire ai descritti scopi diagnostici, giovano anche come mezzo terapeutico, sia per la dilatazione del canale, sia per la riduzione dell'utero retroflesso. Per dilatare l'utero si introducono successivamente delle sonde di spessore crescente. Io non mi servo di questo mezzo di dilatazione, perchè raggiungo lo stesso scopo con un metodo a mio avviso più semplice.

La riduzione dell'utero retroflesso non la effettuo esclusivamente coll'uso della sonda, sebbene d'altra parte non trovi da respingere questo modo di riduzione (1). È certo che nel maggior numero dei casi è molto facile il raddrizzare l'utero retroflesso mobile anche senza l'aiuto della sonda: ma là dove la strettezza della vagina, o la sensibilità e disadattagine della donna disturbano la riduzione manuale, si apprezza il valore della sonda. E specialmente questa mi pare opportunissimo mezzo di riduzione, quando si tratti di stabilire se l'utero sia immobilizzato nella sua posizione abnorme da briglie od aderenze peritoneali, o se la sua riduzione sia possibile ed innocua.

Su questo punto ritornerò nel parlare delle flessioni uterine e della perimetrite.

6. — Esame della superficie interna dell'utero.

La dilatazione del canal cervicale fino a permettere l'introduzione del dito nella cavità uterina figurò tra i più frequenti atti operativi al primo fiorire della ginecologia. Si credeva di non poterne fare a meno per esplorare la cavità stessa dell'utero, per esaminarne la mucosa, per rimuoverne residui ovulari o neoplastici, e per trattarne con medicamenti l'interna superficie.

Furono tante le indicazioni alla dilatazione dell'utero tratte da questi diversi punti di vista, che non deve sorprenderci la moltiplicità dei metodi suggeriti. Se già si era cercato di ottenere tale dilatazione mercè istrumenti metallici, analogamente a quanto si pratica per superare i restringimenti uretrali, per l'influenza di J. Simpson (2) acquistarono poi favore i mezzi dilatatori. La spugna preparata, preferita dapprima, fu presto soppiantata dalla laminaria digitata: ed a fianco della laminaria sono poi comparsi i bastoncini di tupelo, per non parlare degli altri mezzi. L'uso di vesciche di gomma per dilatare l' utero non gravido ha trovato scarsa diffusione. Oggidì i più per la dilatazione immediata ricorrono a dilatatori analoghi a quelli suggeriti da Simon per l'uretra, mentre per la dilatazione lenta si dà la preferenza all'introduzione di striscie di garza all'iodoformio secondo la proposta di Vuillet (3).

---

(1) Vedi Winckel. Lehrbuch. d. Frauenkrankheiten, 2.ª ediz. pag. 407.

(2) Monthly Journ. of. med. sc. 1844 — Edimb. med. Journ., 1864.

(3) Revue Méd. de la Suisse romande. 1885.

Le spugne preparate sono ovunque diffuse e preparate rigorosamente con tecnica perfezione: si lasciano disinfettare, e si rigonfiano rapidamente. Non va però taciuto che la loro introduzione, in caso di alterata permeabilità del canale cervicale, si fa difficile pel rapido rigonfiarsi della parte accuminata, e che, a collo rigido, spesso fa interamente difetto la forza di espansione della spugna preparata. Indubbiamente più lento avviene il rigonfiamento dei bastoncini di laminaria, che, disinfettati e perforati nel loro asse, hanno trovato una grande diffusione. Essi si rigonfiano assai meno della spugna preparata, e perciò richiedono un tempo molto maggiore, ma hanno di solito una azione assai più energica. Introducendo più bastoncini in una sol volta, si può ottenere in una sola seduta una sufficiente dilatazione di punti ristretti.

Fig. 12 — Dilatatore di Hegar.

Il tupelo, secondo la mia esperienza, si rigonfia apparentemente più presto della laminaria digitata, ma per contro il suo aumento di volume è molto minore.

Fra gli apparecchi metallici, a fianco dei vecchi istrumenti di Priestley, Scanzoni, Ellinger, citerò solo il *metranoicter* di Schatz (1): sul modello dei dilatatori dell'uretra sono foggiati gli istrumenti dilatanti di Atthill, Hegar (2) (fig. 12) e le sonde di Schultze (3) e Fritsch (4). Tutti questi strumenti non agiscono se non lacerando il collo: ora, ammesso che i tessuti del collo debbano essere divisi, io preferisco sempre la netta ferita da taglio ad una lacerazione.

Dapprincipio io eseguivo l'introduzione delle sostanze dilatanti nella posizione laterale: ora vi ho rinunciato, e, quando vi ricorro, la compio nel solito decubito dorsale (fig. 14). Disinfettata la vagina, si deprime collo speculum di Simon la parete vaginale posteriore: con una pinza uncinata si afferra il collo, e si trae in basso l'utero per quanto è possibile, schivando l'impiego della violenza: si disinfetta la cavità uterina con una debole soluzione disinfettante introdotta a mezzo di una cannula acuminata, poi si spinge il corpo dilatante nel canale cervicale, finchè il suo estremo inferiore arrivi a livello dell'orifizio esterno. Qualunque filo o legame annesso a questi corpi dilatanti mi sembra offra la possibilità di una importazione di germi infettivi, ed io li rimuovo sempre prima dell'introduzione. Colloco poi un tamponcino sul collo, e, tolta la pinza, ripongo l'utero al suo posto, allontano lo speculum e metto la

---

(1) Arch. f. Gyn. XVIII. p. 445.
(2) Kasprzik. Allg. Wiener med. Zeitschr. 1880.
(3) Monatsch. f. ärztl. Polytechnik, 1883, III.
(4) Centr. f. Gyn., 1880, N. 21.

paziente a letto. Le spugne preparate si rigonfiano abbastanza in 6 ad 8 ore: la laminaria richiede in media dieci ore, il tupelo si gonfia un po' più rapidamente.

Dopo questo tempo io narcotizzo la paziente, la faccio mettere in opportuna posizione, e, rinnovata la disinfezione, tolgo tampone e sostanza dilatatrice per introdurre subito il dito nel lume dilatato.

Non è però da nascondersi l'inconveniente di dover operare in due tempi, che agli occhi dei profani rappresentano due distinte operazioni. Vi è poi un inconveniente ben più grande: è innegabile che la dilatazione lenta espone al pericolo di irritazione intensa e di infezione settica, assai più che non facciano gli altri procedimenti, che colle opportune cautele antisettiche conducono rapidamente allo scopo. Questo pericolo è più proprio della dilatazione mediante la spugna preparata, sebbene miglioramenti di diversa sorta tendano a rendere tale mezzo sempre più innocuo.

La rimozione del mezzo dilatante incontra talvolta speciali difficoltà, poichè lo strozzamento determinato dai tessuti forzatamente dilatati può far sì che la parte pescante nel cavo uterino si rigonfi assai più di quella che trovasi a livello dell'orificio interno.

In tali circostanze, se si cerca di afferrarla con una pinza uncinata, la spugna preparata si lacera, e la laminaria si sfibra, e allora non resta altra via che lo sbrigliamento del cingolo strozzante. Dacchè un caso simile mi accadde con un cilindro di laminaria, io procedo all'estrazione con una pinza a polipo o con strumenti analoghi, tirando sul cilindretto con movimenti di torsione. Accade talvolta che, introdotti ad un tempo varî cilindri di laminaria, uno di esso sfugga nella cavità uterina; da un simile incidente io non ho visto però a derivare alcun inconveniente; il cilindro si ritira poi senza difficoltà, esplorando la cavità uterina dopo raggiunta la dilatazione sufficiente.

7. — Operazioni vaginali a scopo diagnostico.

Preparativi. — Provveduto alla disinfezione con semicupî e lavature con sapone, procurata un'abbondante evacuazione, la paziente viene cloroformizzata nel suo letto, poi viene trasportata sul tavolo d'operazione (fig. 13) mettendola in posizione dorso pelvica colle coscie flesse sull'addome. Si fa una nuova lavatura della vulva con sapone. In tutte le operazioni, nelle quali i genitali esterni devono essere interessati in una plastica, e in tutte quelle operazioni vaginali in cui si debba aprire il peritoneo, si radono accuratamente i peli della vulva. Quanto alla vagina, la si disinfetterà con sublimato all' uno per 2000 o con soluzioni di acido fenico o di lisol. La parete posteriore della vagina viene abbassata a mezzo di una valva: la *portio* è afferrata con pinza un-

cinata infissa sul labbro anteriore e tratta per quanto è possibile in basso verso l'ostio vaginale (fig. 14). In tutte le operazioni vaginali io ricorro ad una irrigazione continua del campo operativo con una soluzione tepida, allungata di sublimato (1 : 9000) o con acqua salata all'1 $^0/_0$. Finora io non ho visto dall'irrigazione continua quegli inconvenienti, che

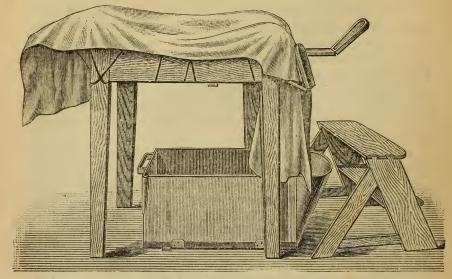



Fig. 13. — Letto da operazione.

vi avrebbe notato l'Hofmeier, (1) e ritengo molto facilitata l'operazione dal non aver bisogno di detergere la superficie cruenta con battuffoli.

I. — Dilatazione dell' utero.

a) *Dilatatori.* — Si introduce dapprima quel numero della serie che penetra senza difficoltà; rapidamente si fanno poi succedere gli uni agli altri i numeri più alti, il che richiede uno sforzo sempre maggiore, finchè si arriva al numero che corrisponde al dito da introdursi. In tutti i casi che io ho veduto, sia nella mia pratica che in quella d'altri, ho sempre visto questo procedimento dare lacerazioni più o meno profonde, che reclamarono una sutura. Non sempre la cicatrizzazione fu perfettamente regolare.

b) *Dilatazione colle striscie di garza all'jodoformio.* — Molto meno pericolosa è pel collo la dilatazione graduale col metodo di Vuillet (2).

(1) Hofmeier, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XVI.
(2) Vedi Dührssen. Centr. f. Gyn. 1887.

Esso agisce più lentàmente, determinando un rammollamento del collo, senza dolori, quasi sempre senza reazione. Però qualche volta mi vidi mancare lo scopo prefisso di una dilatazione sufficiente.

Con una pinza a polipi si porta l'estremità di una lunga striscia di garza nel cavo, e si spinge a poco a poco la striscia, finchè lume del cavo e collo ne siano zaffati. La striscia si rimuove dopo 8-12-24 ore, per sostituirla con una più grande, qualora la dilatazione raggiunta non sia ancora sufficiente. Il tessuto proprio del collo si imbeve, si rammolla

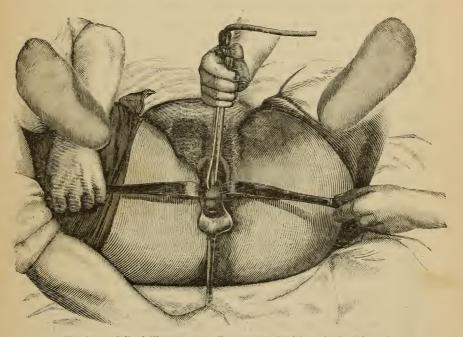



Fig. 14. — Collo dell'utero posto allo scoperto. Posizione degli assistenti.

e si distende senza lacerazioni alla superficie. La involuzione si compie poi più presto.

Per stabilire la necessità della dilatazione, quando la qualità delle secrezioni non sia sufficientemente dimostrata, Schultze (1) ha raccomandato il suo tampone d'assaggio da porsi contro il collo per esaminare il secreto, che vi si raccoglie. Io sto con Schröder (2) e Winckel (3) nel non ammettere l'efficacia dimostrativa di questo tampone.

In base alla mia esperienza, le indicazioni della dilatazione possono essere ridotte ad un numero assai limitato. Ciò che farebbe l'introdu-

(1) Centralblatt f. Gynaek. 1880. N 17.
(2) l. c. p. 122.
(3) l. c. p. 508.

zione del dito, lo otteniamo in modo più semplice e più chiaro colla sonda e col cucchiaio. È raro dover ricorrere alla dilatazione per svuotare l'utero dal suo contenuto: anche grosse masse di tessuto, e specialmente residui ovulari o neoplasmi molli, si possono rimuovere senza dilatare il canal cervicale.

Per gli scopi diagnostici mi si mostrò più che sufficiente, in migliaia di casi, il raschiamento col cucchiaio, e il grado di dilatazione, che necessariamente vi si collega, è di solito bastevole per l'attuazione di tutte le occorrenti misure terapeutiche. Insisto su questo fatto perchè, anche in tempi poco lontani, l' iniezione di qualsiasi liquido nel cavo uterino senza previa dilatazione, passava per un procedimento straordinariamente pericoloso: ora, se all'iniezione di liquidi precede il raschiamento, l'orificio interno ed il canal cervicale avranno acquistato tale ampiezza, da permettere, non solo l'iniezione di liquidi sia colla siringa di Braun, sia con un semplice irrigatore, ma anche il libero reflusso del liquido in eccesso, cosicchè è allontanato il pericolo delle coliche uterine e conseguenti disturbi, che prima si osservavano dietro a così fatte iniezioni.

Negli altri casi, e sono rari, in cui si tratti di esportare grossi tumori, la dilatazione colla garza all'iodoformio è il miglior modo per preparare la via all'atto operativo.

Solo eccezionalmente in questi ultimi anni mi vidi costretto da emorragie profuse per ritenzione di residui ovulari a dilatare il collo dell'utero, esistendo sintomi di infezione settica, che facevano apparire imprudente ogni ritardo: in questi casi mi servii di incisioni laterali.

c) *Discissione*. — Per eseguire la discissione conviene premettere l'allacciatura delle arterie uterine (1). Con una pinza uncinata si attira l'utero verso un lato. Allora si fissa la posizione delle arterie uterine, che di solito si sentono pulsare, e si passa un ago piuttosto grosso, e a curva pronunciata, nel fornice, circa un dito trasverso all'infuori del collo, e press' a poco al suo limite anteriore. L' ago, dopo che abbia abbracciato un discreto spessore di tessuti, viene ritirato all'indietro, a poca distanza dal punto ove fu infisso, poi si stringe a tutta forza il catgut. Altrettanto si fa dall'altra parte. Io sono solito praticare la discissione fino all'altezza dell'inserzione della vagina, con un bistorì comune, e cerco quindi di introdurre il dito nella cavità uterina.

Se la resistenza dei tessuti è troppo intensa, con un bistorì bottonuto si incideranno cautamente strato per strato i tessuti, finchè il dito possa penetrare nella cavità uterina. Esplorata o svuotata la cavità uterina, si passa a cucire la ferita. A questo scopo, procedendo dall'esterno verso l'interno, dal fornice si passa un ago attraverso al labbro anteriore fino all'orificio interno, poi dall'interno verso l'esterno si fa ripas-

(1) Vedi Schröder, Zeitschr. f. Geb u. Gyn, VI. p. 289.

sare l'ago in vagina nel fornice posteriore. Posti i fili da ambo le parti, si chiude la ferita a questo livello. In modo analogo si procede poi più in basso fino a riunire le labbra del muso di tinca nella loro commissura laterale. Si curerà attentamente che l'ago nella mucosa cervicale sia infisso in grande vicinanza ai margini della ferita, affine di evitare ogni restringimento nel lume del canal cervicale.

Infine si tolgono i fili provvisorî di allacciatura delle uterine. L'operazione richiede naturalmente una certa pratica nell'applicazione dei punti di sutura: a questa condizione diventa incruenta.

L'avversario più temibile è la infezione: questa, più che nella ferita, si fa palese per la sua diffusione rapida sugli annessi: quasi tutte le disgrazie accadute per una dilatazione si devono all'infezione.

Altra grave complicazione può risultare da residui di malattie degli annessi, quali peri e parametrite, salpingite, ooforite e periooforite. Finchè esistano traccie di simili processi flogistici, si dovrà cercare di raggiungere lo scopo senza dilatazione dell'utero, e ricorrere a questa solo nei casi in cui essa risponda ad una indicazione vitale.

II. — Raschiamento dell'utero.

Pel raschiamento non è indispensabile la narcosi: però, siccome io evito volentieri, e specialmente nella pratica privata, di risvegliare qualsiasi sensazione dolorosa nella donna, di regola ricorro al cloroformio.

Di solito l'introduzione del cucchiaio è facile anche nell'utero verginale, tanto più poi se la donna ha già partorito. Ma anche nei casi, in cui le rigide pareti cervicali cedono solo lentamente davanti al cucchiaio, non occorre uno sforzo molto notevole per arrivare nella cavità uterina. Siccome è importante nell' introduzione dello strumento conoscere con esattezza il decorso del canal cervicale, e la posizione dell'utero, io uso introdurre ancora una volta la sonda dopo aver fissato l'utero nel modo descritto. Stabilita così la direzione, in cui deve procedere lo strumento, sarà assai raro che la penetrazione del cucchiaio nella cavità uterina incontri altre difficoltà, sia per angustia del canale, sia per sporgenza delle sue pliche, oppure per spostamento laterale dell' orificio interno nell' ectasia ampollare del canale cervicale. Sotto una dolce pressione, e fissando l' utero, si eseguiranno cauti movimenti di lateralità per sorpassare le pieghe, o per indovinare l' orificio spostato.

Fig. 15. Cucchiaio di Roux lungo 27. cent.

Se la stenosi è insuperabile, si potranno fare senza pericolo de-

gli sbrigliamenti con un bistorì bottonuto, finchè il cucchiaio possa passare.

Introdotto il cucchiaio (fig. 15), si raschia con esso tutta la mucosa uterina: non se ne devono togliere solo dei lembi o dei pezzetti, ma la mucosa intiera. Perciò lo strumento dovrà esser rivolto e girato in diverse direzioni, seguendo la forma della cavità uterina. La forma dello strumento è tale da lasciar sempre riconoscere in ogni momento verso qual punto sia rivolto il cucchiaio.

Asportata la mucosa, si lava la cavità uterina servendosi dell'irrigatore, che durante tutta l'operazione è destinato all'irrigazione continua (v. fig. 14). Poi colla siringa di Braun si iniettano 2-4 grammi della soluzione officinale di percloruro di ferro, e colla lavatura si asporta il percloruro in eccesso ed i coaguli, che si trovano nella cavità uterina, finchè sia cessata ogni emorragia e l'acqua refluisca limpida.

Allora solo si toglie la pinza, si frena eventualmente con un punto l'emorragia, che può venire dai punti ove la pinza faceva presa: con un batuffolo di cotone asettico o di garza all'iodoformio si ripone l'utero in posto, e si toglie lo speculum. Dopo un raschiamento, come pure dopo ogni procedimento di dilatazione, la donna dovrà tenere il letto per 4-5 giorni. In questo frattempo si fanno irrigazioni vaginali due volte al giorno, con soluzione fenicata al 2 per cento, o di sublimato corrosivo ad 1 su 5000, o di lisol all'uno per cento: occorrendo, si fa un impacco freddo sull'addome. Al sesto giorno, se si esamina la *portio* nello speculum, non vi si trovano traccie della subìta operazione.

Il valore diagnostico del raschiamento al giorno d'oggi è così generalmente riconosciuto, che parebbe superfluo il ripetere qui tutto quanto in sua difesa fu detto nelle prime edizioni di questo libro (1).

L'esame microscopico dei preparati induriti nell'alcool e colorati coi diversi metodi, specialmente se col cucchiaio di Roux si sono esportati dei lunghi lembi di mucosa, anzi la mucosa in toto, offre appoggio sicuro alla diagnosi.

La fecondità della donna non viene danneggiata dal raschiamento: ne fanno fede le numerose gravidanze, che seguirono in parte poco dopo il raschiamento, e che depongono per una perfetta riproduzione della mucosa.

Che il cucchiaio possa anche far del male non è da negarsi: specialmente nel periodo di involuzione puerperale la parete uterina in casi di profusa emorragia può essere tanto rammollata, che anche ad un operatore prudente può accadere di perforarla. Ma ogni volta che l'incidente fu riconosciuto subito, e l'operazione sospesa, non si ebbero deplorare più gravi conseguenze. Ma, se l'operazione viene continuata e

---

(1) Zeitsch. f. Geb. und Gynäk., X. p. 175.

la lesione della parete viene aggravata da ferite dell'intestino o da iniezioni di percloruro di ferro nel ventre, chi potrebbe attribuire le inevitabili gravi conseguenze a colpa del raschiamento?

In casi non rari, spinto da indicazioni di urgenza, ho proceduto al raschiamento a scopo diagnostico, anche esistendo peri o parametrite e malattie delle ovaia o delle tube; ponendo particolare riguardo alla più rigorosa disinfezione, e facendo seguire al raschiamento l' applicazione di ghiaccio sul ventre, furono affatto eccezionali i casi, in cui seguì una reazione apprezzabile; certo assai più rari che non dopo la più cauta dilatazione.

Pel gran numero di raschiamenti, che io ho compiuto, posso con piena sicurezza raccomandare questo metodo come un buon sostituto alla graduale dilatazione e successiva applicazione di medicamenti: il metodo ha per sè, di fronte a tutti i processi di dilatazione, la facile attuabilità, la sicurezza, la persistenza degli effetti, e il solido fondamento, che esso fornisce alla diagnosi. Del resto dovrò più tardi occuparmi ancora del valore del raschiamento nelle malattie della mucosa.

Ho così terminato l'esposizione dei metodi diagnostici, che abbiamo a nostra disposizione. Nella comune pratica ginecologica basta per lo più l'esplorazione combinata e l'esame allo speculum. Il cateterismo, l'esplorazione rettale, e l'esplorazione nella cloronarcosi, fissando opportunamente l' utero e delimitandone gli annessi, ci occorreranno molto più di rado, e ancor più raramente si dovrà aggiungervi il raschiamento per stabilire la diagnosi al microscopio.

Del resto, anche per la diagnosi ginecologica ci soccorrono pure tutti gli altri metodi di esame generale. E specialmente non sarà raro dover ricorrere all'ascoltazione, alla percussione, ed alla palpazione profonda del contenuto del grande bacino: mezzi questi, che sono alla portata di ciascun medico, e non richiedono una speciale illustrazione. Quando sarà del caso, ritornerò su questi metodi, nonchè sull' esame chimico e microscopico di lembi di tessuto o di sostanze liquide.

Una importanza speciale l'hanno assunta in ginecologia le ricerche bacteriologiche, dopo che si è constatato che anche nel secreto normale dell'apparato genitale di donne sane si incontrano cocchi e bacilli. Alle ricerche di Winter (1) e Bumm (2) sono seguite quelle di Döderlein (3). Recentemente Witte (4) nel mio laboratorio ha iniziato un'altra serie di esperienze.

Il secreto vaginale normale ha reazione fortemente acida, e l'aci-

---

(1) Zeitschrift. f. Geb. u. Gyn XIV.
(2) Der Mikrorganismus der gon. Schleimhauterkrankungen. Wiesbaden 1885.
(3) Das Scheidensecret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber. Leipzig, 1892.
(4) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXV.

dità, secondo Döderlein, è determinata da uno speciale bacillo, che si può trovare in coltura pura tanto nelle vergini intatte, quanto nelle maritate e nelle gravide sane.

Il secreto patologico ha reazione debolmente acida o neutra e perfino alcalina. Contiene una quantità di bacilli e cocchi, specialmente lo streptococcus pyogenes longus e lo staphylococcus pyogenes aureus ed albus, spirilli, diplococchi, gonococchi ed altri germi, non però sempre virulenti. L'acidità del terreno di coltura pare influisca sul loro aumento e sulla loro virulenza.

Anche nel collo si trovano diversi cocchi, diplococchi e bacilli: così pure nell'utero e nella tuba; la loro virulenza però in donna sana è molto dubbia. L'azione sugli animali inoculati è incostante.

II. Fisiologia e patologia della mestruazione e del concepimento.

1. — Mestruazione.

Noi sappiamo che una perdita sanguigna dall'utero, la mestruazione, si ripete a regolari intervalli di circa 28 giorni: che la sua prima comparsa è ad epoca varia a seconda dello sviluppo generale, della nutrizione, del genere di vita, della razza, e vi sembrano influire anche le condizioni climatiche e sociali; che la durata di tale perdita sanguigna abbraccia in media circa trent'anni, e che, da noi, comincia per lo più ai quindici anni, ora d'improvviso e senza disturbi, ora preceduta da lunghi e fastidiosi dolori al basso ventre, o da turbe gastriche, da vomiti, cefalee, languore generale o fenomeni di eccitazione. Al pari della prima comparsa, anche la cessazione talora avviene di botto; talora si prepara lentamente ed irregolarmente tra i 40 e 50 anni. La perdita sanguigna dura da 3 a 7 giorni, raramente meno, più spesso di più; la precede una abbondante secrezione mucosa, che molte volte perdura, decrescendo in quantità, anche qualche giorno dopo cessata la perdita di sangue. In generale la quantità del sangue emesso in una mestruazione si sottrae al computo (100-250 gr.). Il liquido emesso consta di sangue e dei prodotti di secrezione delle ghiandole uterine e vaginali; la coagulazione ne è impedita dall'acidità dei secreti vaginali. Per lo più ha un odore penetrante e caratteristico.

Secondo taluni autori, l'iniziarsi del periodo mestruale si accompagna ad un aumento di temperatura fino ad 1 grado; per altri vi sarebbe diminuzione e così pure nella frequenza del polso; fenomeni che io, dirigendo le mie ricerche su questo punto, non potrei ritenere costanti. I disturbi, che si collegano alla mestruazione, subiscono straordinarie oscillazioni individuali. Molte donne non hanno che l'incomodo della perdita. Oltre ai noti sintomi di dolore gravativo al sacro, all'ipogastrio, di irritazione ai genitali esterni, di frequente invito ad urinare (la secrezione dell'urea è diminuita), e di varì fenomeni nervosi, è frequente il lamento che all'epoca mestruale la digestione sia più irregolare del solito e ai genitali si manifesti un senso di peso, di ingombro, tanto nelle donne maritate che nelle ragazze. Spesso in questo periodo l'eccitazione

sessuale è aumentata; la maggior parte delle donne dicono di sentirsi poco bene.

Se l'essenziale delle manifestazioni cliniche della mestruazione si lascia riassumere in queste linee generali, negli ultimi tempi l'anatomia e la fisiologia della mestruazione e i suoi rapporti coll'ovulazione hanno dato luogo a molti interessantissimi studî.

L'ipotesi di Pflüger, che la periodica maturazione di un follicolo di Graaf desse luogo in via riflessa ad una congestione arteriosa nel sistema genitale, e che la deiscenza del follicolo (ovulazione) coincidesse regolarmente coll'uscita di sangue dai vasi della mucosa uterina (mestruazione), fu per lo meno molto scossa da indagini assai dimostrative. La maturazione dell'uovo non segue un tipo mensile; essa accade gradatamente, e la deiscenza del follicolo può avverarsi ad ogni momento, come pure non è legata ad ulcun periodo la possibilità del concepimento nella donna. Però questo mutamento nella ghiandola genitale esercita una rilevante eccitazione sui genitali, e ne segue un periodico aumento nell'afflusso di sangue, ed una tumefazione della mucosa e del parenchima uterino. Se l'uovo vien fecondato, questa mucosa si modifica ulteriormente in decidua: se non interviene la gravidanza, allora, giunto all'acme il turgore riflesso della mucosa, si viene a lacerazione di vasi, ad emorragie, e infine a regressione della mucosa. Perciò l'emorragia non è un segno dell'avvenuta maturazione di un uovo: essa indica la fine di un periodo di eccitazione riflessa, in cui non si avverò il concepimento. Se entra in scena la gravidanza, l'uovo, che si sviluppa, non è quello dell'ultima mestruazione, che appunto colla mestruazione andò perduto, ma è uno maturato dopo di essa (Sigismund (1) Löwenhardt (2) Reichert (3)).

Evidentemente è cosa di grande importanza il precisare questi rapporti, tanto per il modo di compiersi della fecondazione, quanto per il calcolo della durata di una gravidanza. Ad ogni modo la mestruazione e l'ovulazione, e perciò anche la funzionalità e lo sviluppo del parenchima ovarico, hanno un rapporto causale innegabile colla funzionalità dell'utero. Indarno si tentò di scindere i due fatti, e se anche Beigel, in base alla persistenza di emorragie uterine dopo la completa esportazione delle due ovaie, volle concludere alla persistenza della mestruazione, pure nei numerosi casi, che vi si riferiscono nella letteratura, e in quelli che io stesso ho presenziato, le perdite non sono regolari, e di rado oltrepassano la durata di un anno, a meno che la cicatrizzazione non sia irregolare. Per giudicare di questi casi bisogna prima di tutto stabilire se l'abla-

---

(1) Berliner Kl. Wochenschrift, 1871, N. 25.
(2) Arch. f. Gynaek. III, p. 456.
(3) Accademia delle scienze di Berlino, 1873.

zione del parenchima ovarico fu completa, perchè residui anche minuti di tessuto ovarico, per quanto in apparenza strozzati dalla legatura, se sto alla mia esperienza in un caso, possono contenere e lasciar giungere a maturanza dei follicoli di Graaf.

Mutamenti più essenziali si sono avverati nelle nozioni sul processo anatomico della mestruazione. Dopo la pubblicazione fatta nel 1873 delle belle ricerche in proposito di Kundrat ed Engelmann (1), il processo fu studiato da diversi autori (2) in una lunga serie di preparati, corrispondenti ai diversi giorni della mestruazione e del periodo intermestruo, Per quanto le viste degli autori differiscano ancora in punti essenziali,

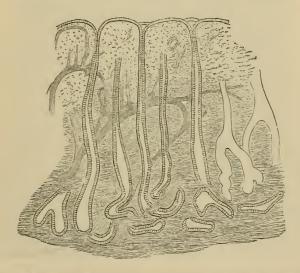



Fig. 16 — Mucosa uterina con cellule cilindriche a ciglia vibratili nelle ghiandole. Dal trattato di Schröder.

pure molti sono d'accordo nell'ammettere che la mucosa dell'utero si rigonfi durante la mestruazione, e subisca nei suoi strati superficiali una degenerazione grassa, sia poi questa primaria o secondaria, per cui questi strati vengono eliminati, mentre i vasi superficiali congesti si rompono e dànno luogo allo scolo sanguigno.

Tutte queste indagini furono intraprese su cadaveri, e in ciò sta la ragione della differenza tra questi ed i reperti di C. Ruge e Moerike (3), i quali tolsero col raschiamento la mucosa dalla donna viva sana durante la mestruazione e durante il periodo intermenstruo, ed

---

(1) Stricker, Med. Jahrb, 1873, p. 159.

(2) Williams, Obst. Journal of gr. Brit., Agosto, 1874. — Leopold: Arch. f. Gyn. XI e XXI. — Wyder, Arch. f. Gyn. XIII. — De Sinety: Arch. de Tocologie 1881.

(3) Zeitschr. f. Geb. u Gyn. VII.

esaminarono i preparati sia immediatamente, sia dopo indurimento. Dal lavoro di Moerike risulta in modo indubbio che durante la mestruazione la mucosa del corpo di regola non va distrutta nè in tutto il suo spessore, nè in grande superficie, che anzi conserva il proprio epitelio cilindrico vibratile. Di più, si può considerare come assodato che gli elementi interghiandolari non subiscono aumento nè di numero, nè di volume, e che la degenerazione grassa, se pure vi è, avviene solo in minimo grado. I vasi sono dilatati e congesti, e negli strati più superfi-

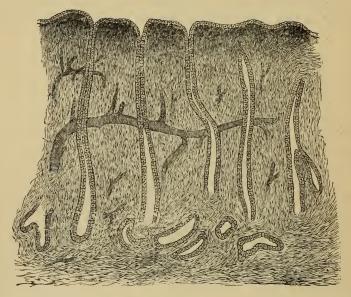



Fig. 17. — Mucosa uterina mestruante (da Schröder).

ciali si formano degli stravasi. La sostanza omogenea fondamentale appare in aumento. Si deve perciò ammettere che la secrezione mestruale solo in parte è dovuta a rottura di vasi, mentre si verifica in parte attraverso alle pareti di capillari integri. Cessata la mestruazione, i vasi si riducono, e la mucosa uterina rigogliosamente ipertrofica va incontro ad un processo involutivo (fig. 16 e 17).

Le ovaie durante la mestruazione si tumefanno in modo evidente. In condizioni favorevoli (pareti addominali sottili, scarsa sensibilità, vagina ampia e dilatabile) si può rilevare la sede dei follicoli allora maturanti. Se il follicolo è scoppiato, al che segue di solito un minimo versamento di sangue nel cavo addominale, l'ovaio si detumefa, mentre dai residui del follicolo si svolge il corpo luteo, e coll'ovaio si riducono anche le tube, che, durante la generale iperemia, si sentivano manifestamente ingrossate in ragione del rigonfiarsi della loro mucosa.

L'igiene della mestruazione è di solito regolata da una tradizione, che in realtà non risponde sempre ai precetti della pulizia e di una igiene razionale. Una donna sana non dovrebbe esitare a tenersi pulita dalle secrezioni di sgradito odore, anzi, se è abituata a quotidiane irrigazioni vaginali, farebbe bene a rimaner fedele a questa lodevole abitudine anche nel periodo mestruale, usando di iniezioni tepide a poca pressione. L'uso delle così dette pezzuole di tessuto idrofilo può esser sostituito col collocare dei piccoli batuffoli di cotone fra le grandi labbra, che si possono facilmente rimutare al bisogno. Nessun inconveniente vi ha nel mutare frequente di lingeria, purchè bene asciutta. Va da sè che siano evitati eccessi di occupazione fisica o morale: ma il riposo a letto o su uno sdraio non è che eccezionalmente necessario.

Senza che si possa in egual modo mettere in rapporto il fatto colla maturazione di un follicolo, vi hanno tuttavia donne, che fra due periodi mestruali risentono gli incomodi della mestruazione, il molimen mestruo, non seguito però da scolo sanguigno. Questo molimen raggiunge talvolta una grande intensità, mentre in altri casi è appena avvertito: vi sono donne, che lo risentono in modo quasi tipico e regolare sotto forma di dolori lombari e sacrali, o di gastralgie e cefalee, mentre altre accusano appena il senso di tensione e di premito ai genitali. Tali dolori intercalari non di rado compaiono appena durante la vita sessuale, in altri casi cessano appunto coll'iniziarsi dei rapporti sessuali, e raggiungono talvolta tale intensità da costringere la donna a ricorrere al medico.

Invogliato dal lavoro di Fasbender (1), ebbi occasione di constatare una certa frequenza relativa di questi dolori intercalari, dei quali molti non si sono ancora fatti una idea esatta. Un carattere patologico lo assumono solo nei casi, in cui i sintomi sono esacerbati dall'esistenza di malattie uterine. Nel caso, la terapia si rivolgerà prima a vincere queste complicazioni. Se i dolori persistono ancora in modo analogo, si faranno sottrazioni sanguigne poco tempo prima dell'epoca di loro insorgenza, e si metteranno in opera derivativi intestinali e cutanei. Qualche volta, in casi gravi, riesce utile la cura con pessarii intrauterini. In casi di estrema violenza dei dolori resta quale ultimo rimedio l'estirpazione dell'utero e delle ovaie.

2. — Le anomalie della mestruazione.

Fra le anomalie della mestruazione non si devono comprendere quei disturbi, che tanto spesso sono risentiti dalle donne più sensibili in rapporto colla mestruazione, finchè questi disturbi si mantengono in limiti fisiologici. Perciò non si dirà anomalia mestruale il senso di generale

---

(1) Zeitschr. f. Geb. u. Frauenkrankh 1875 p. 126.

malessere, la presenza di dolori transitorii, o l'oscillazione modica nella quantità del sangue fluente, o la durata di uno o due giorni in più od in meno del periodo mestruo, o la secrezione mucosa protraentesi per qualche giorno in rapporto coi processi mestruali. Anomalie si avranno solo quando la quantità del sangue è notevolmente diminuita od aumentata, e questi mutamenti si ripetono per parecchi periodi, o quando i dolori ritornano in modo costante, e sempre raggiungono un alto grado. Le forme di anomalie clinicamente più importanti sono l'amenorrea, la menorragia, la dismenorrea.

Per questi disordini mestruali potrei limitarmi a rimandare agli ulteriori capitoli sui vizii di sviluppo e sulle varie malattie, delle quali questi disordini figurano come sintomi. Credo però di meglio rispondere al desiderio dei miei lettori, dando qui alcune notizie riassuntive sui caratteristici quadri clinici tanto frequenti nella pratica, riservandomi di ritornare poi all'occasione sull'argomento.

A. — **Amenorrea.**

Si ha l'amenorrea, quando il flusso sanguigno è ridotto a minime proporzioni, o manca completamente. Se ne hanno diversissime forme. Taccio qui dell'amenorrea durante la gravidanza e l'allattamento: se, limitatamente ai primissimi tempi della gravidanza, fatto rarissimo, può verificarsi una emorragia fisiologica analoga alla mestruazione, durante l'allattamento è invece abbastanza frequente la comparsa di mestruazioni perfettamente regolari: secondo Krieger, circa nel 45 % dei casi. La differenza tra i due processi fisiologici si spiega con questo, che nella gravidanza cessa l'ovulazione, anche prima che tutta la mucosa uterina sia colpita dalle modificazioni determinate dall'uovo in via di sviluppo, mentre al tempo dell'allattamento non è raro che si ristabilisca l'ovulazione, e la possibilità di una nuova gravidanza.

Dell'amenorrea patologica si devono fare delle distinzioni, secondo che essa poggia su difettoso sviluppo dei genitali o di tutto il corpo, o su malattie generali, o su malattie dell'apparato genitale.

Nella prima forma dobbiamo prendere in considerazione le grandi varietà nello sviluppo corporeo, che influiscono sull'insorgenza della pubertà. Non è a dirsi che una ritardata pubertà coincida sempre con un incompleto sviluppo del corpo; ed è pure fuor di dubbio che l'ovulazione può preesistere già da lungo prima che si manifesti la mestruazione. In proposito ricorderò i casi attendibili di fecondazione, senza che vi fosse stata mestruazione (1). È abbastanza frequente in questi casi di amenorrea che la mestruazione si inizi dapprima assai irregolarmente,

---

(1) L. Mayer, Berliner Beiträge z. Geb. u. Gynäk. II. p. 126.

tanto che nel decorso di anni si verifica solo una emorragia che abbia il carattere di mestruazione. Per lo più si tratta di ragazze o donne clorotiche, e solo dopo vinta questa condizione patologica la mestruazione si stabilisce in modo regolare. Del resto, sono numerosi nella letteratura i casi in cui non vi fu mai mestruazione, sebbene i genitali avessero apparentemente normale sviluppo, e si fosse perfino verificata una gravidanza.

Riguardo all'amenorrea da incompleto sviluppo degli organi genitali, accennerò qui soltanto che si possono avere emorragie simili alle mestruali in organi genitali colpiti da arresto di sviluppo, in corni uterini atresici, od in altre regioni dell'apparato genitale: ne riparleremo più a lungo parlando di tali atresie.

La seconda categoria di amenorrea, dovuta a malattie generali esaurienti, o a malattie dei singoli organi, non è quasi affatto di competenza di una terapia ginecologica. Qui l'amenorrea non è che un sintomo di altre lesioni, colla cui cura si confonde la sua.

Una forma speciale di amenorrea si osserva nella polisarcia di grado elevato, e può giungere fino alla completa soppressione del flusso mestruale (1).

L'amenorrea in seguito a malattie dell'apparato genitale non è talvolta che un sintomo dei singoli stati morbosi. Così si sa che negli stadî iniziali della metrite acuta e della endometrite può aversi amenorrea. Le mestruazioni scompaiono anche nelle gravi lesioni croniche del parenchima uterino e dei parametrî, quantunque la cessazione non sia sempre in immediato rapporto colla malattia. Talvolta alle malattie delle ovaie si associa l'amenorrea; è però più frequente negli stadî iniziali l'aumento delle mestruazioni.

Si conoscono casi isolati (2), in cui influenze psichiche hanno determinato una soppressione dei mestrui. I casi da me osservati, e che vi si riferiscono, concernono fanciulle e donne nei primi stadî di sviluppo di una psicosi. Non è raro che in casi di simil genere sia invocato il parere di un ginecologo, quando non si sono ancora pronunciati disturbi psichici così rilevanti, da far palese anche all'occhio del profano che la malattia del sistema nervoso predomina sulle lesioni della sfera genitale.

Prescindendo dai casi di mancanza primaria di ogni flusso, l'amenorrea per lo più non si determina improvvisamente: di solito il flusso sanguigno si fa prima scarso, ritorna ad intervalli sempre più lunghi, ed è di brevissima durata. Poi la mestruazione può mancare affatto per uno o più periodi, per ripresentarsi quindi nei termini normali, o riapparire regolarmente dopo un intervallo di 5, 6 o più settimane.

---

(1) Kisch. Berl. Klin. Wochenschr. 1867 N. 20.

(2) Parvin, Amer. Practitioner 1872 — Raciborski, Archives gén. de Méd. 1865.

Specialmente nei primi casi, all'epoca in cui è attesa la mestruazione, appaiono spesso degli intensi fenomeni congestizî, cefalea, dolori sacrali, senso di oppressione, disturbi gastrici: e a simili disturbi, che si riproducono regolarmente, si associano non di rado emorragie dall'intestino, dal naso, od anche dallo stomaco. Bisogna in genere andar molto cauti nel giudicare di queste cosidette mestruazioni vicarie. Localmente si trova di solito, in tali periodi, aumentata la secrezione della mucosa uterina; e in principio si nota aumentata succulenza dell'utero, tumefazione e sensibilità, mentre, quando questo stato è durato a lungo, tutti questi fenomeni possono svanire completamente.

Con sintomi quasi analoghi ho visto spesso insorgere una precoce menopausa, e prepararsi una involuzione dei genitali col corteo degli accennati disturbi già verso il 30.° anno di età, ed anche prima.

Per la terapia dell'amenorrea dipendente da clorosi e da ritardo di sviluppo godono ancora oggidì molta fama i preparati di ferro, le sorgenti ferruginose. Con vantaggio vi si associerà l'uso dei preparati di emoglobina di Pfeuffer. Io do sempre importanza alle cure generali, alla astensione dal lavoro fisico e mentale, alla dimora sulle rive del mare, ai monti, in campagna.

L'indicazione a curare l'amenorrea per sè è data dai tormentosi fenomeni di congestione in altri organi. Solo in caso di simili complicazioni mi sono deciso ad una cura locale, mentre in genere preferisco occuparmi di rinforzare la costituzione, curando la nutrizione e le condizioni di vita. Sono specialmente raccomandabili a tali malate il soggiorno in campagna, i bagni di mare, il moto in montagna. Fra le forme di amenorrea da malattie generali merita osservazione quella derivante da polisarcia, in cui si ottiene un mirabile effetto dalle cure con acque saline derivative, come quelle di Marienbad, Kissingen e simili. Ben di rado faccio uso dei così detti emmenagoghi per vincere l'amenorrea. Faccio eccezione solo per l'aloe da usarsi in casi ostinati, fidando specialmente nell'azione eccitante sulla fibra muscolare dell'intestino, che spesso è soggetta a invincibile paresi; assai maggiore è il vantaggio che mi riprometto dagli stimoli, che agiscono sulla mucosa e sul parenchima uterino, sempre che altre affezioni genitali non forniscano una speciale indicazione. Fra questi mezzi metto in prima linea l'uso delle scarificazioni, che nei casi di amenorrea io pratico largamente, talvolta ogni due giorni, talvolta quotidianamente nei giorni, in cui dovrebbe comparire la mestruazione; poi l'uso della sonda, dei pessarî intrauterini, dei semicupî freddi, infine gli irritanti cutanei applicati al basso ventre o alla superficie interna delle coscie: ho abbandonato l'applicazione di sanguisughe sulla portio.

B. — Menorragia.

Si comprendono sotto questo nome le emorragie mestruali che, sia per la loro intensità, sia per la lunga durata, compromettono la salute. Ci riesce spesso difficile giudicare se il flusso sanguigno sia in eccesso, perchè non abbiamo mezzi per calcolare la quantità del sangue fluente e le proporzioni di una mestruazione normale. Un controllo si può fare solo raccogliendo le pezze, le lingerie imbrattate, le fascie, i batuffoli di cotone e così via, e non di rado ci dobbiamo convincere che in realtà la perdita non è esagerata. È affatto eccezionale che nella mestruazione si arrivi ad un vero deflusso continuo di sangue dai genitali; per lo più il sangue esce a intervalli, talora anche misto a coaguli, la cui vista impressiona di solito assai la donna. Czempin (1) ha dimostrato, in base a osservazioni fatte col mio materiale clinico, che emorragie si possono avere in seguito a malattie degli annessi.

Sono rarissime le menorragie non collegate a essenziali alterazioni dei genitali. Si tratta allora di donne gracili, mal nutrite, che hanno un sistema irrazionale di vita, e che soffrono di straordinarie perdite sanguigne in forma di menorragie, senza che negli organi genitali si possa scoprire il punto di partenza della emorragia. Molte di queste pazienti ebbi l'occasione di curare e di esaminare minutamente, senza che nella sfera genitale si potesse rilevare uno stato patologico qualsiasi. Anche donne tisiche soffrono talvolta di simili menorragie, come pure donne sofferenti di mali al cuore, al fegato, ai reni; perfino nella polisarcia si può avere menorragia, sebbene più frequente sia l'amenorrea. In tutte queste forme sono le malattie generali, che meritano di richiamare l'attenzione del medico: le menorragie cessano colle migliorate condizioni degli organi malati, o in ogni caso passano in seconda linea davanti al prevalere delle malattia primaria.

Nella cura di simili menorragie hanno grandi vantaggi le sottrazioni sanguigne poco prima del periodo mestruale; e con scarificazioni poco profonde, fatte prima dell'insorgenza della menorragia, si arriva talvolta a limitarla. In altri casi si può combattere la perdita sanguigna colla somministrazione della segale, dell'estratto fluido di Hydrastis canadensis (fino alla dose di 25 gocce, 4 volte al giorno), col riposo, coll'evitare ogni sforzo, obligando eventualmente la donna a letto nel tempo della menorragia con una vescica di ghiaccio sul ventre. Come mezzo di arrestare la perdita raccomando specialmente le irrigazioni vaginali calde a 50° C. (2), dalle quali ho ottenuto migliori risultati che

---

(1) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XIII. p. 339.

(2) Bertram. Zeitschr. f. Geb. u Gynäk. VIII, 1882. p. 150.

non dall'uso del freddo, sia in forma di irrigazione continua col noto speculum refrigerante (fig. 18), o in forma di semicupi freddi. Nelle tisiche ho sempre trovato inefficaci le irrigazioni calde, perciò in queste ammalate non posso raccomandarle. Sono rare le menorragie che, senza avere un fondamento anatomico, resistano ad una cura locale energica e protratta di simil genere: qualche volta però si presentano anche di questi casi. Vi si trovano lesioni insignificanti della mucosa e aumento di volume appena apprezzabile dell'utero. Per tali casi disperati si è consigliata l'estirpazione delle ovaie o l'estirpazione vaginale dell'utero.

Fig. 18. Speculum refrigerante di Kisch.

Sono sette i casi di questo genere, che mi determinarono, dopo lunghi tentativi con ogni sorta di cure, a tentar l'esportazione dell'utero: si trattava di persone piuttosto attempate, ridotte impotenti al lavoro pel continuo ripetersi delle emorragie, e che invano erano state curate per anni in diversi ospedali. Due di esse erano già state castrate, ma senza successo. Dopo tanti anni di malattia tornarono tutte atte al lavoro.

C. — Dismenorrea.

Non dobbiamo intendere sotto questo nome i disturbi, che quasi tutte le donne risentono all'epoca della mestruazione, quali i dolori sacrali, l'irrequietudine, il senso di peso, di tensione al basso ventre, l'invito frequente ad urinare e simili. Questi sono fenomeni concomitanti la mestruazione, che la maggior parte delle donne sanno ragionevolmente tollerare. Solo quando questi disturbi raggiungono un grado da rendere la donna inetta al lavoro nel periodo mestruale, meritano che se ne tenga conto come sintomi di malattie nella sfera genitale, come endometrite, metrite, parametrite, e in particolar modo neoplasmi dell'utero. Talvolta nella perimetrite la deiscenza del follicolo di Graaf può causare dolori così violenti, da costituire un segno di un certo valore per la diagnosi di questa malattia.

I veri disturbi dismenorroici sono i dolori colici, che hanno il carattere delle doglie di parto, e insorgono spesso prima dello scolo di sangue, per scomparire quando il flusso sanguigno si stabilisce, o durare in altri casi per tutta la durata della mestruazione. In casi di abbondante secrezione queste coliche uterine si ripetono anche fuori del periodo mestruale, coincidendo coi già accennati dolori intercalari. I dolori sono, a quanto pare, dovuti all'impedito deflusso del sangue effuso e del secreto della mucosa. Un simile ostacolo può essere dovuto ad una flessione del canal genitale; in altri casi l'otturamento del canale è in rapporto colla tumefazione della mucosa, con una stenosi, con una neoformazione.

Bisogna ammettere che il secreto stagnante a guisa di corpo straniero ecciti l'utero a contrazioni più o meno energiche, finchè l'ostacolo sia superato. L'obiezione che una simile ritenzione del contenuto uterino non fu constatata mai al tavolo anatomico, obiezione sollevata da autori inglesi (M. Duncan (1), Playfair), ha poco valore, perchè da una parte, in occasione di autopsie, io ho ripetutamente trovato masse così soffermate nella cavità uterina; d'altra parte è un fatto di comune osservazione che per contrazioni agoniche o post mortali l'utero può espellere corpi stranieri: e perchè non potrebbe ammettersi un'analoga espulsione anche in simili casi, che del resto occorrono così di rado all'autopsia?

La forma speciale di dismenorrea, che nel suo punto culminante si esplica coll'espulsione degli strati superficiali della mucosa uterina sotto violenti dolori colici, piglia il nome di dismenorrea membranosa od esfoliativa: essa sarà ancora descritta in un capitolo a sè fra le endometriti, delle quali rappresenta una forma particolare.

La cura della dismenorrea in genere si confonde con quella delle malattie locali, che la occasionano. Ben di rado si è costretti a tentare una cura diretta sull'utero. In casi di occlusione del canale uterino per anomalie di forma ho visto le pazienti provare grande vantaggio dal portare un pessario intrauterino; in altri casi questo corpo straniero non fa altro che esacerbare le coliche. Una simile cura locale è poi senz'altro controindicata, quando esistano malattie degli annessi.

D. — Concepimento.

Non voglio qui diffondermi sulle diverse ipotesi per ispiegare come il concepimento avvenga. Voglio solo rilevare, nell'interesse del sesso femminile, che, perchè il concepimento avvenga, si esige l'intervento di uno sperma capace di fecondare, e che perciò dobbiamo guardarci nei casi di sterilità, di attribuirne, senz'altro e forse ingiustamente, la colpa alla donna. Dalle ricerche di Kehrer (2) emerge con sufficiente sicurezza che circa un terzo dei matrimonî infecondi sono causati dall'impotenza del marito. A me solo in rari casi fu dato di poter esaminare lo sperma, e non oso porre queste ricerche nella bilancia per definire la questione: ma dagli antecedenti del marito, in questi casi, credo di poter trarre la conclusione che le asserzioni di Kehrer colpiscono nel vero. Perciò, prima di imputare alla donna la sterilità, e di tentare la cura di qualche stato morboso dei genitali per emendare questa sterilità, mi pare opportuno di procurarsi un criterio sicuro sul grado di potenza virile

(1) Edinburgh med. Journal 1872. maggio.
(2) Zur Sterilitätslehre. Beitr. z. klin. u. experim. Geburtskunde. II. p. 76.

del marito. So bene quali grandi difficoltà si oppongono nella pratica a queste indagini, e mi rincresce che non si conosca un mezzo di stabilire il potere fecondante del maschio senza l'incerto esame dello sperma.

Lo sperma penetra assai rapidamente nelle vie genitali (1), ma nelle condizioni favorevoli alla sua vitalità fornite dal secreto vaginale ed uterino mantiene il potere fecondante per diversi giorni nella cavità uterina, tanto che non è necessario ammettere che il concepimento segua sempre immediatamente alla coabitazione. Constatazioni sicure di spermatozoi al di là del cavo uterino non si conoscono ancora (2).

L'avvenuto concepimento non di rado si fa manifesto per subita insorgenza di caratteristiche sensazioni nella donna. Talvolta esso sembra associarsi ad una sensazione voluttuosa analoga a quella che si desta nel momento dell'eiaculazione dello sperma, sensazione che del resto è piuttosto rara nella donna, e per lo più si verifica solo dopo un protratto eccitamento. In altri casi si manifestano subito dopo il concepimento dei fenomeni psichici d'indole varia: altre donne dicono sentire da questo momento una speciale sensazione di calore; infine vi sono di quelle che dal momento del concepimento cominciano a risentire i caratteristici disturbi degli stadî iniziali della gravidanza, specialmente nausea, stiramenti alle mammelle, ecc.

Se la gravidanza segua piuttosto ad una coabitazione che preceda di poco il ritorno della mestruazione, o ad una compiuta subito dopo il periodo mestruale, per quanto mi consta, non credo si possa dedurlo dalle osservazioni cliniche.

E. — **Sterilità.**

Le condizioni, da cui dipende la sterilità, non sono nè semplici, nè chiare nelle loro cause ultime.

Se prescindiamo dai casi di totale mancanza delle ghiandole sessuali o di completa chiusura delle vie che vi conducono, ci accadrà di rado di poter pronosticare una incondizionata sterilità della donna, anche se si tratti di processi patologici recanti gravissime lesioni ai genitali. Infatti, quante volte le cause più frequentemente invocate della sterilità permettono tuttavia un concepimento, fosse pure in modo accidentale! Ricordo in proposito i casi di imene cribriforme ed imperforato (3), i casi di estrema stenosi dell'orificio esterno, come ne ho spesso osservato, i casi di malattie croniche e avanzata degenerazione delle ovaie, in cui ad onta di tutto si verificò ancora la gravidanza. Sarebbe perciò assai

(1) Lott, Zur Anatomie u. Physiologie des Cervix uteri, 1872.
(2) Zweifel. Archiv f. Gynäk. XLI.
(3) C. Braun, Wiener med. Wochenschr. 1882, N. 45.

incauto chi di fronte a tali lesioni pronunciasse una prognosi assolutamente infausta riguardo alla possibilità del concepimento. Specialmente trattandosi di stenosi dell'orificio esterno, sono diventato molto riservato nel giudizio, dopochè ho visto avverarsi il concepimento in donne, che avevano l'orificio uterino esterno dell'ampiezza appena di una punta di spillo. Tuttavia può valutarsi minima la probabilità di un concepimento in condizioni simili, specialmente se sono ammalati utero ed ovaio. Di prognosi più riservata mi sembrano i casi di malattie del sistema genitale che, dipendenti per lo più da una infezione gonorroica, hanno colpito le tube, il perimetrio e forse in seguito a ciò si sono fissate nelle ovaie. Questi casi di ooforite cronica, di periooforite, di perimetrite, di salpingite, con contemporaneo catarro uterino, li ho, salve rare eccezioni, visti associati a durevole sterilità: siccome però è solo dopo prolungati e razionali tentativi di cura, che si ha il diritto di disperare della guarigione di simili stati morbosi, nella prognosi procederemo colla massima prudenza. Del resto, nel trattare le singole malattie dei genitali dovrò spesso ritornare su questo punto.

III. Patologia della vagina e dell' utero.

Nel tentare la fusione della patologia della vagina e dell'utero per ciò che riguarda gli arresti di sviluppo, i cambiamenti di forma, gli spostamenti e i processi infiammatorî, sono guidato dall'intento di riunire fatti, che sono in così intimi rapporti eziologici, anatomo-patologici e terapeutici. Spero così di facilitare l'intelligenza di questo argomento, specialmente per quanto concerne l'eziologia e la terapia, e di evitare inutili ripetizioni, mentre le caratteristiche lesioni anatomo-patologiche verranno convenientemente svolte.

A. — Anomalie di sviluppo, forma e situazione.

1. — Vizii di conformazione della vagina e dell'utero.

Lo sviluppo degli organi genitali si comprende facilmente dalle unite tavole schematiche, che io prendo a prestito al trattato dello Schröder.

Fig. 19. — *all*, allantoide. *r*. retto. *m*, canale di Müller, che formerà la vagina, *u*. introflessione della pelle ove si formerà l'ano.

Fig. 20. — L'introflessione della cute si è perforata e forma la cloaca.

Fig. 21. — Il perineo è formato: l'ano e il seno uro-genitale (*su*) sono divisi. *a*, uretra. *v*, vagina. *b*, vescica.

Studiando questi disegni, ci riuscirà più facile l'intelligenza di quanto andremo esponendo (fig. 19, 20 21).

I. — Aplasia degli organi genitali.

I vizî di conformazione dipendenti da arresto di sviluppo sono per lo più collegati ad anomalie così rilevanti del corpo, che i feti che ne sono colpiti, non sono capaci di vita estrauterina, o vengono in breve a soccombere, anche se si riesce, ad esempio, a vincere l'atresia del tubo

intestinale o della vescica (fig. 22, 23) nel neonato. Non è qui il caso di diffondersi sulle possibili varietà di questi arresti di sviluppo (1).

Fig. 22. — Atresia completa. *b*. vescica. *g*. canal genitale. *r*, retto.

Fig. 23. — Atresia completa. Allantoide diviso dal retto. Vescica e canale genitale distesi da urina.

a) *Mancanza e sviluppo rudimentario.*

È ben raro che manchi ogni accenno dei tubi di Müller. Nella fossetta esterna (fig. 18, *cl*), nella quale si scolpisce anche l'apertura di ingresso ai genitali interni (fig. 21, *su*), si trova allora soltanto l'uretra; mentre i genitali esterni si riconoscono chiaramente, se non completamente sviluppati. Talvolta non si riesce a scoprire le ovaie: oppure si trova presso alla parete del bacino un piccolo nodo, che può interpretarsi per l'ovaio. Questo reperto ha clinicamente lo stesso valore dei casi in cui, invece di una completa assenza, si ha sviluppo rudimentario dei tubi di Müller in forma di cordoni imperforati.

Se mancano le ovaie, questi individui, che si potrebbero chiamare neutri nel vero senso della parola, presentano scarso sviluppo del busto: hanno solo pochi segni esterni della pubertà, e vanno soggetti solo eccezionalmente a molimen mestruale, s'intende senza scolo sanguigno, ma accompagnato invece da disturbi collaterali, epistassi, irritazione intestinale, perdite sanguigne emorroidarie, ecc

Più spesso si trovano dei soggetti, in cui i genitali interni si possono sentire all'esplcrazione in forma di nodi o di cordoni tesi attraverso al bacino con o senza connessione colla vagina. Specialmente si incontra una disposizione, che ricorda la plica descritta come costante da Waldeyer (vedi fig. 1 e 2). Queste donne hanno talvolta una vagina ben sviluppata ma terminante a fondo cieco, senza che al disopra si possa sentire un qualsiasi prolungamento. Talvolta gli sforzi del marito hanno portato la dilatazione dell'uretra : in altre il vestibolo è introflesso a fondo cieco.

Il maggior numero delle mie pazienti così conformate era dato da zitelle avanzate in età, con pronunciato abito tisico. Solo in una famiglia ho visto le donne affette aver assunto l'abito di virago: questa famiglia merita di esser rammentata nella serie delle osservazioni, rare nella letteratura, sulla ereditarietà di tali arresti

(1) Un certo numero delle mie osservazioni si trova pubblicato nei lavori dei miei allievi. Kiderlen. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn XV. — Kochenburger. ibidem XXV.

di sviluppo In questa famiglia, appartenente all'antica nobiltà, su due generazioni di parecchie sorelle ne ho trovate ogni volta solo una con genitali ben conformati: nella prima generazione due, nella seconda una avevano completa assenza dei genitali. Le prime due ebbi occasione di esaminarle nella narcosi, la seconda ho potuto esaminarla, se non nella narcosi, però in modo sufficiente per poter classificarla in questo gruppo: esse mostravano abito femminile, ma un insolito sviluppo corporeo. Le donne della famiglia dotate di organi genitali sviluppati mostrarono predisposizione allo sviluppo di neoplasmi: ed anche il rampollo maschile di ambedue le linee è venuto a morte per neoformazioni maligne.

Se esistono ghiandole sessuali, queste possono, colla loro attività fisiologica, dar occasione a gravi disturbi insorgenti ad intervalli insolitamente lunghi, sotto forma di vivissimi dolori ovarici con manifeste oscillazioni nel volume delle ovaie. È specialmente lo spostamento di queste ovaie e la loro discesa nella parte bassa del bacino o nel canal inguinale che può dare serie molestie. Il continuo aumento di tali disturbi può anche fornire l'indicazione alla ablazione delle ghiandole sessuali, che talvolta si vedono contenere numerosi follicoli di Graaf in apparenza normali, e le traccie di altri già scoppiati. — Talvolta queste donne vanno soggette alle cosidette mestruazioni vicarie: una delle mie pazienti aveva abbondanti perdite sanguigne emorroidali, ripetentisi con una certa regolarità.

Per diagnosticare questi casi è indispensabile assoggettare i genitali ad una minuziosa ispezione, ed eventualmente ad una esplorazione rettale, che torna di grande aiuto. Dall'esplorazione combinata retto-vescicale non ho potuto avere risultati egualmente soddisfacenti, perchè le mani si tornano reciprocamente più d'impiccio che d'aiuto. Il punto diagnostico più importante per giudicare di simile aplasie dei genitali è il luogo di inserzione dei legamenti rotondi; si sa che tanto in una laparotomia come in una autopsia, prima di attribuire il loro significato a delle sospettate alterazioni di forma dei genitali interni, o di pronunciarsi sulla natura di qualche cordone, è di somma importanza lo stabilire questo punto.

E evidente che la terapia nulla può per queste donne: anche il tentativo di formare una vagina per rispondere alle esigenze maritali non può che andare a vuoto. Se esiste molimen mestruale, si procederà sintomaticamente: l'eventuale rimozione delle ovaie isolate è pure pienamente giustificata, quando per la loro presenza si generino persistenti disturbi.

b) *Sviluppo incompleto unilaterale con possibilità delle funzioni sessuali.*

Più frequente della suddescritta forma di aplasia è quella, in cui lo sviluppo dei dutti di Müller non ha condotto alla piena formazione di un apparato genitale normale, in cui, cioè, solo un corno si è sviluppato

mentre l'altro resta rudimentale, oppure la fusione si è avverata in modo incompleto.

La metà sviluppata, cava, e comunicante coll'esterno, raggiunge per lo più uno sviluppo quasi completo, e può anzi funzionare in modo normale nella mestruazione, e adattarsi ad accogliere il frutto del concepimento. L'importanza della metà, che resta allo stato rudimentale, dipende dall'esser in questa più o meno completamente mancata la canalizzazione. Se essa è in parte cava, vi si può determinare una secrezione mestruale normale, ma ne deriva la formazione di raccolte sanguigne, che per lo più, se l'arte non interviene, si distendono fino a rompere le pareti, riuscendo così di estremo pericolo alla donna per l'emorragia o per la decomposizione putrida, che ne può seguire. Cresce ogni giorno più nella letteratura il numero dei casi conosciuti di simili sacchi da ritenzione in tubi di Müller incompiutamente sviluppati: l'importanza loro dipende essenzialmente dalla sede, e dal periodo di tempo, molto vario, che richiede la loro distensione.

Quanto maggiore è la distanza dal polo inferiore di simili raccolte ai genitali esterni, tanto più difficile ne riesce la diagnosi, e tanto maggiore il pericolo che, in mancanza di intervento, abbiano a rompersi e causare l'esito letale.

Io ne operai un caso in donna di 19 anni, ben sviluppata, che dal 15.° anno aveva regolari mestruazioni, ma da un anno circa sentiva ad ogni periodo mestruale accentuarsi, sotto vivi e crescenti dolori, una tumefazione all'addome, che da principio essa aveva creduto dovuta all'utero gravido. Aumentati i dolori, e per le persistenti mestruazioni entrato in dubbio il marito dell'esistenza della gravidanza, la condusse a mè per consiglio. Io trovai un tumore, che risaliva sopra il bellico, occupava la metà inferiore destra dell'addome, e si spingeva in basso nel piccolo bacino fin dietro l'ostio vaginale. La vagina era assai ristretta dalla presenza di questo tumore, e solo a fatica il dito penetrava a sinistra attorniando il tumore fino all'altezza dell'ingresso del bacino, ove si raggiungeva un collo esile. Nella narcosi si potè stabilire che questo collo apparteneva ad un corno uterino, il sinistro, assai scarsamente sviluppato, e intimamente connesso col tumore (fig. 24). Sul tumore stesso, in alto ed a destra, potei raggiungere un cordone cilindrico, che ritenni essere il legamento rotondo, e, un po' più in basso ed all'indietro, un organo, che per forma e per consistenza rispondeva all'ovaio. Un reperto insomma, che offriva una sorprendente analogia con quelli, descritti nella letteratura, di ematometra ed ematocolpos unilaterale (1). Questi casi si rassomigliano tutti fra loro. Praticai una larga incisione sul polo del tumore, che sporgeva in vagina, appena al disopra dell'ostio, e ne evacuai, mantenendo una discreta pressione sulle pareti della cavità, un liquido brunastro, del quale non potei stabilire la quantità, perchè tutta l'operazione fu fatta sotto l'irrigazione continua.

Il sacco si ridusse: al disopra del segmento inferiore della cavità si delineò chiaramente sulle pareti un rilievo a forma di cercine, all'altezza press'a poco del collo appartenente al corno sviluppato. Più in su di questo cercine potei penetrare col dito

(1) Vedi la letteratura in Schröder IX Ed. p. 415.

in una cavità, che poteva considerarsi per quella del collo e del corpo del corno uterino fino ad allora rimasto chiuso. Questo corpo si ridusse poi notevolmente, mantenendo una disposizione spirale attorno al corno di sinistra, che è caratteristica per questi casi. Dovetti più tardi ripetere varie volte la spaccatura, perchè l'incisione nella parete si retraeva e si occludeva con grandissima facilità. Ho finito coll'esportare tutto il setto fra le due vagine, incidendo anche in alto il setto fra i due corni

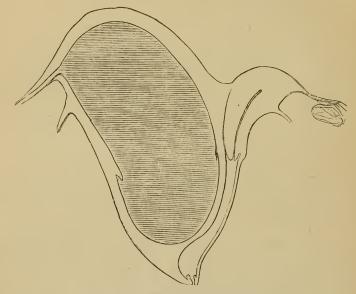



Fig. 24 — Ematocolpos ed ematometra unilaterale congenito.

uterini. Tuttavia il corno di destra si occluse ancora a diversi intervalli, e fu causa di gravi disturbi per la ritenzione di un secreto purulento, facile a decomporsi. Seppi poi dal Dr. Bunge, che la paziente ha concepito circa 5 anni dopo, ha partorito normalmente, ed è ora in buonissime condizioni: pur troppo non si ripresentò più l'occasione di rinnovare l'esame nella narcosi.

Se la cavità distesa dal sangue è più in alto nei corni separati, mentre la parte inferiore è impervia, può sorgere confusione con un tumore, che sia unito da un peduncolo più o meno grosso ad un utero apparentemente poco sviluppato, ma normale. In questi casi la diagnosi differenziale incontra gravi difficoltà. Anzi, se il sospetto di una aplasia non sia appoggiato dall'anamnesi, e dal rilievo dell'altro corno uterino, la delimitazione diagnostica fra una di queste sacche da ritenzione ed una neoformazione degli annessi può riescire quasi impossibile. Per questi casi hanno molta importanza diagnostica due sintomi caratteristici; l'aumento a sbalzi nel volume del tumore, in rapporto coi periodi mestruali, con esacerbazione dei dolori, e le contrazioni delle pareti del tumore, che si destano sotto la esplorazione e dànno luogo a mutamenti nella

sua consistenza. Ha pure importanza diagnostica il rapporto caratteristico delle due metà del canal genitale, rapporto accennato da Freund (1), e constatato con gran frequenza nelle successive osservazioni. Una delle due metà si avvolge a spira attorno all'altra, e per lo più è la sinistra che si avvolge attorno alla destra, mentre la destra è sede dello sviluppo rudimentario più frequentemente che non la sinistra.

La terapia può solo consistere nell'apertura del sacco imperforato, e in proposito ci riferiamo a quanto sopra.

c) *Fusione incompleta dei tubi di Müller.*

Di fronte a questi arresti di sviluppo unilaterali, non sono rari

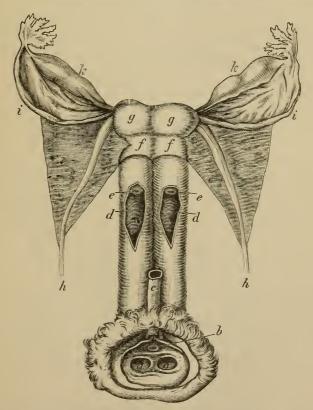



Fig. 25. — Utero e vagina didelfi (dall'Atlante di E. Martin, tav. XXXVI).

quelli, che colpiscono ad un tempo le due metà dell'apparato genitale. Interesse più teorico che pratico hanno i casi, in cui mancò affatto la

(1) Berl. Beitr. z. Geburtsk. u. Gyn. 1873. Vol. 2.°

fusione dei tubi di Müller, e ne risultano due canali genitali sboccanti separatamente all'esterno, e decorrenti l'uno di fianco all'altro. Le due metà possono allora funzionare ciascuna per proprio conto in modo affatto regolare: d'ambo i lati vi ha mestruazione, sebbene non sempre contemporaneamente; ambedue possono servire alla coabitazione ed alla fecondazione. Vi sono altri casi, in cui accidentalmente una metà si fa più sviluppata, e serve a tutte le funzioni sessuali, mentre l'altra non offre mestruazione, non viene distesa, e non si adatta ad accogliere l'uovo fecondato (fig. 25).

Fra i casi di simil genere uno ne vidi di recente in una donna nel vigor dell'età, che dietro ad un ostio vaginale ben sviluppato presentava una membrana tesa, a decorso verticale, ai cui due lati si trovavano, egualmente permeabili, i lumi delle due vagine distinte. Era mestruata in modo regolare, pare, dalle due metà contemporaneamente. Questa condizione di cose era già stata constatata accidentalmente dal medico qualche anno prima; a me ricorse la giovane nella tema che, stando essa per passare a marito, l'anomalia potesse spiegare qualche influenza sulle sue eventuali speranze. Di statura più grande del solito, dell'età di 35 anni, essa presenta abito femminile, ma fattezze del viso maschili. Nacque da un parto trigemino, e sostiene che anche suo fratello e sua sorella abbiano qualcosa di insolito nelle forme del corpo. Io esportai tutto il setto dall'introito alle due cervici, e chiusi con sutura contigua al catgut le superfici cruente. La guarigione avvenne senza disturbi: la donna si maritò ed è finora rimasta sterile.

È evidente che simili casi possono passare senza alcun fatto patologico attraverso tutti gli stadî di funzionalità degli organi genitali, mentre d'altra parte l'ineguaglianza di sviluppo, oppure la gravidanza insorta in una metà, possono trarre con sè diverse complicazioni, che è facile prevedere.

d) *Arresto di sviluppo per incompleta comunicazione del canal genitale coll'esterno.*

Ben più importanti che non i casi precedenti sono quelli in cui i tubi di Müller si saldarono e si fusero, ma non si verificò in modo normale la loro comunicazione col seno urogenitale. Questi casi di atresia si distinguono in atresia imenale, quando l'imperforazione ha sede a livello dell'imene; atresia vaginale od uterina, quando ha sede più in alto. L'atresia uterina si distingue poi in atresia dell'orificio esterno, del canal cervicale, o dell'orificio interno.

A questi si devono riunire i casi, in cui il lume dei tubi di Müller perfettamente fusi non è in comunicazione coll'una o coll'altra delle due tube, i casi cioè di atresia congenita delle tube.

D'altra parte, perfettamente analoghi nelle loro conseguenze sono i casi di atresie acquisite nei periodi ulteriori della vita sessuale, che possono pure aver sede tanto all'ingresso del canal genitale quanto in un punto del suo decorso.

Gli effetti delle atresie congenite è rado si faccian apparenti prima della pubertà. È all'insorgere della pubertà che determinano ritenzione del sangue mestruo e delle altre secrezioni, quando nel resto i genitali siano ben sviluppati in modo da dar luogo a mestruazione. Un'altra conseguenza è l'ostacolo alla fecondazione in rapporto colla sede dell'atresia. In uno stesso canal genitale possono esistere ad un tempo diversi punti atresici; in questi casi le perdite sanguigne dànno luogo alla formazione di diversi sacchi situati l'uno sopra l'altro, e che non sempre comunicano.

I sintomi delle atresie concernono specialmente le mestruazioni: senza che vi sia un vero scolo di sangue all'esterno si sviluppano dolori tensivi caratteristici al basso ventre, che da principio sono appena accompagnati da lieve malessere e scompaiono presto, ma poi, ripetendosi periodicamente, si fanno sempre più intensi, cosicchè il senso di malessere ed il dolore tensivo si protraggouo anche al di là del tempo di una mestruazione normale.

La salute generale si risente di questi disturbi, specialmente quando vi si aggiunge irritazione del peritoneo (dolori tensivi, nausea, vomito), sintomi di anemia, costipazione del retto e della vescica. In rarissimi casi le mestruazioni cessano dopo pochi di questi incompleti tentativi: altre donne mestruano per un po' di tempo, a lunghissimi intervalli, e la mestruazione cessa prima che si venga a più gravi conseguenze. Naturalmente alla ritenzione di sangue può associarsi anche ritenzione del secreto della mucosa: tuttavia pare che una ritenzione di secrezione non commista a sangue mestruo sia un fatto eccezionale. Si verificò stasi della secrezione mucosa prima della pubertà in un caso di Godefroy (1), concernente una bambina di due mesi, in due casi di Breisky (2) ed in uno di Gervis, (3) provenienti pure dai primi anni di vita.

È raro che, aumentando continuamente i disturbi, si arrivi ad una catastrofe per la rottura del sacco disteso dal sangue mestruale ritenuto. La rottura può portare allo svuotamento del contenuto verso l'esterno: si rompe il punto atresico ed il sangue fuoriesce dalla vulva, e questa naturalmente è la soluzione più favorevole; oppure il sacco si apre immediatamente nell'intestino, nella vescica, per necrosi della parete di divisione fortemente distesa e compressa; od anche il contenuto si versa prima e si infiltra nei tessuti vicini, e trova poi nei detti punti la strada di uscita, o si fa strada, come fu descritto in un caso, attraverso le parti molli alle natiche (4).

---

(1) Gazette des Hôpitaux 142. 1856.
(2) Arch. f. Gynaek. II. p. 92.
(3) London obst. Transactions V. 284.
(4) Graf, in Virchow's Archiv. 19 p. 548.

Più sfavorevoli sono i casi, in cui la rottura si fa nel peritoneo, e il contenuto si riversa nella cavità peritoneale. Del resto il peritoneo può tollerare e riassorbire le masse di sangue, nel qual caso si ha guarigione; oppure prima della rottura si erano stabilite aderenze della superficie del sacco cogli organi vicini, in modo che il versamento resta incapsulato. Si è constatato che questi casi hanno decorso meno favorevole (1); l'incertezza della diagnosi, il grave stato di collasso, in cui

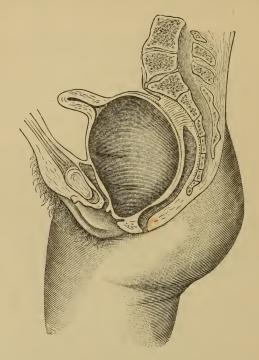



Fig. 26. — Ematocolpo congenito.

si trova la paziente, e le sfavorevoli circostanze esterne contribuiscono a distogliere da ogni tentativo di operazione.

Oltre alla rottura può aversi nei sacchi da ritenzione anche decomposizione del contenuto, sebbene sia difficile a spiegarsi in qual modo dei germi possano farsi strada nel liquido, che non ha comunicazione coll'esterno. Decomponendosi il contenuto, aumentano naturalmente i pericoli. Altre volte il contenuto si modifica in modo apparentemente benigno, per precipitazione dei componenti solidi, cosicchè da un ematometra ha origine un idrometra.

(1) Così nel caso di Jaquet, Zeitsch. f. Geb. u. Frauenkr. p. 130.

Se il canal genitale è nel resto ben sviluppato, e se ci soccorrono le notizie anamnestiche, la diagnosi delle atresie congenite non può offrire grande difficoltà. La mancanza della mestruazione in soggetti per lo più giovani, i dolori che si ripetono periodicamente, il reperto di una massa a forma sferica, sentita sia dal retto e dalla vescica, sia, in casi di atresia alta, tra la vagina e la mano poggiante all'esterno, sono dati che difficilmente vengono offerti da altre forme morbose, specialmente se non si può constatare un normale sviluppo degli organi genitali.

Anche se l' atresia è acquisita, l' anamnesi ci guiderà alla giusta interpretazione, mettendo in luce la precedenza di parti laboriosi, o di malattie genitali, o di operazioni ginecologiche.

L'atresia imenale congenita, d'onde l'ematocolpo, la riscontrai undici volte; una di queste in una ragazza quindicenne, ben sviluppata, che negli ultimi sei mesi aveva

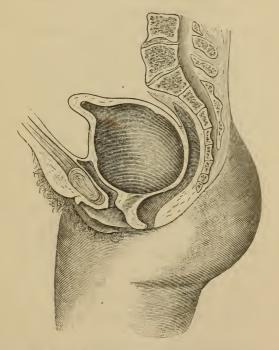



Fig. 27. — Ematometra ed ematocolpo congenito.

avuto quattro volte disturbi accennanti alla mestruazione, senza scolo di sangue (fig. 26). La seconda volta in una robusta ragazza di 19 anni, le cui sofferenze datavano da circa un anno. La terza era dell'età di 16 anni e soffriva da 5 mesi; la quarta aveva 15 anni e mezzo e da tre mesi aveva accusate le prime sofferenze. La quinta volta si trattava di una fanciulla di 17 anni ben sviluppata, che dal 15.° anno accusava i primi disturbi, ripetutisi per un anno e mezzo sotto forma di accessi di tre in tre settimane, e negli ultimi tempi sotto forma di dolori continui. Analogo decorso aveva

avuto il male nelle altre. In tutte si rilevò una grande sacca nel piccolo bacino, sacca che arrivava in alto fino al grande bacino, e lasciava qui percepire un'appendice rispondente press'a poco ad un utero virgineo. Il sacco in alcuni casi si era spinto nell'ostio vaginale, cacciando davanti a sè il setto imenale, che appariva di color rosso pavonazzo: in altri fra la raccolta sanguigna e l'esterno si frapponeva un sepimento assai più spesso. La quantità di sangue ritenuto oscillava fra 250 e 1300 cc. La poltiglia di color cioccolata aveva reazione neutra, e conteneva detriti sanguigni. Il sepimento era rivestito di epitelio appiattito, e imbevuto di sangue. L'orificio esterno per lo più era chiuso: solo in pochi casi si notava un certo grado di dilatazione. Contemporanea raccolta di sangue nella tuba si trovò raramente: così nel caso di Mackenrodt riferito da Kochenburger.

Le atresie acquisite si sviluppano per lo più gradatamente in seguito ad un processo di ristringimento del canale; anzi in confronto delle stenosi di alto grado le vere atresie sono piuttosto rare. Vi appartengono quasi tutti i casi osservati in gravide e partorienti, nella narrazione dei quali è quasi sempre riferito che scolava o trapelava liquido amniotico, mentre non si poteva constatare un'apertura. Simili stenosi e le atresie, che ne conseguono, furono osservate in seguito a tifo, scarlattina, colera, difterite, sifilide, o in caso di neoplasmi. Rari sono i casi di atresia in seguito ad una infiammazione giudicata puramente catarrale. Più di frequente sono conseguenza di traumi nel parto, con distruzione del collo e dei fornici. Finalmente si formano atresie in seguito ad atti operativi, specialmente quando non si possono, o non si vogliono rivestire di mucosa le parti cruentate, o in seguito a cauterizzazioni. In base a questa eziologia l'atresia acquisita sarà più frequente alla parte alta della vagina, ai fornici, al collo: solo eccezionalmente si svilupperà nelle parti profonde del collo, all'orificio interno.

Quando manca od è chiuso il tratto inferiore della vagina (fig. 27), l'utero o non si distende affatto, o, se si distende, è solo più tardi per la pressione del sangue rattenuto: ed appare come un tumoretto solido, od appendice, talvolta straordinariamente mobile, alla superficie del tumore. Questo dal piccolo bacino si spinge con larga base nella cavità addominale, sta sulla linea mediana, comportandosi riguardo alle pareti addominali come un tumore degli annessi uterini: ha superficie liscia e consistenza elastica. Al suo polo superiore si sente l'accennata appendice.

Nell'ematometra, o ritenzione di sangue per un'atresia sita nell'utero stesso, l'utero, se la stenosi affetta l'orificio esterno, si distende prima a forma di violino, poi in forma sferica (fig. 28).

I casi di atresia uterina, che io ho visti nella mia pratica, erano tutti acquisiti. In un caso il collo dell'utero era stato distrutto durante un tifo grave. Negli altri l'atresia si era sviluppata in seguito ad escisione alta del collo senza sutura della mucosa: al disopra del collo retratto per cicatrice si sentiva il corpo tondeggiante, del volume di una piccola mela.

In un caso la giovane, di 21 anni, era prima regolarmente mestruata, sebbene alquanto scarsamente, in rapporto collo scarso sviluppo della sua muscolatura, e colla debole costituzione. Maritata da un anno, aveva visto in questo tempo la mestruazione farsi sempre più scarsa, e infine cessare del tutto, tantochè si credette ad una gravidanza. Ma i dolori violenti spinsero la paziente a farsi visitare dal medico. Si constatò che il bacino era occupato da un tumore con polo inferiore tondeggiante, che occludeva la vagina, arrivando fin dietro l'ostio vaginale. Il tumore arrivava fino al bellico, sormontato qui da un prolungamento, quasi un inspessimento della sua parete (fig. 29). In basso terminava con un larga massa, che occupava tutto l'ingresso del bacino. Avanti e dietro il tumore si trovavano la vescica ed il retto fortemente compressi. Sulla parte di tumore visibile dalla vagina si cercò invano una apertura

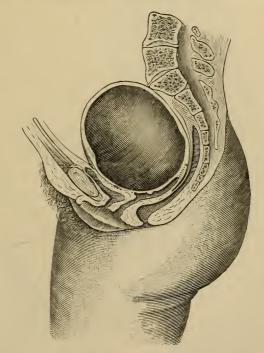



Fig. 28. — Ematometra.

Praticai una incisione attraverso al fornice, dando esito ad una gran quantità di contenuto denso piceo. L'esplorazione nell'interno della cavità lasciò subito rilevare una specie di cercine di contrazione. Il segmento inferiore dell'utero ed il collo si atteggiarono a sacco con pareti flosce e pieghettate. Si fece, con buon esito, la sutura della mucosa del collo con quella della vagina, rivestendone la porzione vaginale, che andò rapidamente delineandosi. Entro 6 settimane il corpo dell'utero si era ben ridotto; il collo appariva ancora un po' grosso, ma la portio vaginalis e l'orificio esterno avevano riacquistato una normale configurazione. Con ripetute cauterizzazioni alla tintura di iodio si fece cessare la secrezione, che continuava abbondante dalla mucosa cervicale.

Se lo stravaso sanguigno si verifica nelle tube, ematosalpinge, dà origine a quei sacchi, avvolti a spirale in modo caratteristico, come si

trovano per l'ectasia delle tube dovuta a qualsiasi altro contenuto; perciò dell'importanza di questo ematosalpinge da atresia parleremo in occasione delle malattie delle tube.

È naturale che non sempre si possano avere dati anamnestici precisi, o che una malattia degli organi vicini possa difficoltare assai la

Fig. 29. — Ematometra acquisito. *a*, prima dell'operazione. *b*, cercine di contrazione. *c*. orifizio interno. *α*, dopo l'operazione. *β*, orificio interno.

palpazione del sacco cistico; e questo accadrà specialmente se il tumore da ritenzione si è rotto, perchè, in tal caso, i suoi confini si fanno molto indistinti. Ma un'altra difficoltà si aggiunge appunto in queste forme di atresia: se una minaccia di rottura è imminente, bisognerà guardarsi da una palpazione troppo profonda ed energica, che potrebbe accelerarla.

La diagnosi incontrerà speciali difficoltà, se l'atresia ha sede all'orificio interno dell'utero, e la cisti da ritenzione simula una gravidanza od un tumore. Nel primo caso indagheremo il modo di crescere, la consistenza, o i segni fetali; dal secondo errore ci preserverà la mancanza della perdita sanguigna.

La prognosi dipende tutta dallo scoprire il male in tempo opportuno e dall'ovviare in modo conveniente all'atresia.

Appena l'atresia porta alla ritenzione di secreto, l'unica misura terapeutica da attuarsi consiste nel ristabilire la pervietà del canale. Finora si è sempre avuto una gran paura delle incisioni nelle atresie, e si conoscono infatti numerosi casi terminati coll'esito letale o subito dopo l'apertura, o nell'ulteriore decorso. La causa dell'infelice successo si è voluto cercarla ora nell'ingresso d'aria nella cavità e nei vasi beanti, ora in lacerazioni, che per lo svuotamento del sacco si determinano nei tessuti vicini ad esso legati da aderenze. Così si conoscono dei casi, in cui nello svuotare il sacco risultante dalla vagina e dall'utero si ruppe una cisti sanguigna della tuba, che non era comunicante colla prima, e per questa rottura si ebbe stravaso di sangue nel peritoneo e morte. Io non posso però escludere affatto il dubbio che in molti di questi casi una infezione settica non abbia rappresentato una gran parte nell'esito funesto, e che, troppo preoccupato da tali timori, l'operatore non abbia praticato una apertura sufficientemente ampia ed uno svuotamento completo.

Nei casi da me operati un simile pericolo non si palesò: però io ho sempre praticato le incisioni sotto l' irrigazione continua, ed ho fatto incisioni estese in modo da svuotare completamente il sangue ritenuto, e da prevenire forse in questo modo tanto l'ingresso dell'aria, quanto l'infezione.

L'apertura delle atresie imenali si ottiene ottimamente con una incisione fra le piccole labbra: è indifferente se l'incisione è fatta in direzione longitudinale, o trasversale, o a forma di H (1). Superfluo il dire che conviene astenersi da ogni pressione sul tumore. Lo svuotamento completo della cisti non mi pare possa dare serii inconvenienti, nemmeno se si ha motivo a sospettare l'esistenza di altri spazii sanguigni al di sopra di quello primitivamente aperto. Io uso svuotare subito e completamente i sacchi e disinfettarne poi minuziosamente le cavità coll'irrigazione.

Se il sacco è profondo e non è facile accedervi nè dalla vagina, nè dall'intestino, nè dalla vescica, si trovano proposte dai varii autori tutte e tre queste vie per aprirlo.

L'apertura dall'intestino a mezzo di un trequarti è certamente il

(1) Heppner, Petersburg. med. Wochenschr. 1872. p 552.

metodo più infelice, perchè ad onta di tutte le cautele non è possibile garentirsi in modo assoluto da una penetrazione di gaz dell' intestino nella cavità.

L'apertura dalla vescica (1), previa dilatazione dell'uretra, è da considerarsi solo come un espediente di necessità. La via più opportuna, specialmenie se collo e corpo si trovano situati press'a poco in linea retta, è quella della vagina (2) e dell'apertura vulvare. Non sempre questa via si può rintracciare facilmente, perchè, come accadde anche a me, il setto può avere uno spessore straordinario. Nel caso di atresia consecutiva a tifo lo spessore del setto era di circa 7 cent. Io ho spaccato il setto prima in senso trasversale, per non cadere in vescica o nel retto, con un taglio verticale. L'emorragia dalle superfici di sezione, l'angustia e profondità del canale così aperto rendono difficile il progredire, tanto più che, per riguardo alla raccolta sanguigna, bisogna evitare di spingere dall'alto in basso il tumore. In tali casi si consigla di procedere con istrumenti smussi, pinzette, manico del bistorì, dita, e scavarsi così una via nel setto : io ho perforato quanto rimaneva di tessuto ora col trequarti, ora col coltello, ora colla sonda, per dilatare poi gradatamente la fatta apertura fino al grado necessario.

Per l'ulteriore decorso è molto importante pensare alla straordinaria retrazione cicatriziale, che suole prodursi in queste parti. Già dopo poche settimane la cicatrice può condurre ad una nuova atresia. È perciò che io unisco subito a mezzo di punti di sutura la mucosa della cavità colla cute esterna, e coi punti più vicini di mucosa sana, prevenendo così la possibilità di una nuova atresia.

Se l'atresia ha sede molto alta, io metto prima un tubo da drenaggio, e, quando la paziente si è ristabilita, pratico la sutura della mucosa della cavità colla mucosa vaginale, escidendo se occorre anche l'intera cicatrice.

Nonostante questo procedimento, nel caso di tifo si riprodusse la retrazione cicatriziale La cicatrice in seguito a ripetuto sondaggio ed a dilatazione si mantenne per un certo tempo ampiamente aperta. Ma quando, iniziata una gravidanza, si dovette desistere da ogni manovra di dilatazione, la cicatrice si ridusse a così alto grado di stenosi, da render poi necessaria una estesa discissione, perchè si potesse compiere il parto di un feto a termine.

Nel mio ultimo caso di ematometra acquisito ho praticato subito la sutura, e la guarigione seguì senza incidenti.

Nella cura consecutiva a queste operazioni sono molto a raccomandarsi le continue disinfezioni ed, eventualmente, anche l'uso di irrigazioni calde per facilitare l'involuzione della cavità.

---

(1) Simon, Berl. Klin. Wochenschrift 1875, n. 20.

(2) Amussat, Obs sur une opération de vagin artificiel 1835. Parigi.

Per prevenire la retrazione cicatriziale Heppner propose di suturare fra loro i lembi dell'incisione ad H. — B. Credè ha eseguito il trapiantamento di un lembo cutaneo (Arch. f. Gynaek. 1884, XXII, p. 229). Certo ha ragione Breisky di affermare (Malattie della vagina. Billroth e Lücke 1886, p. 49) che una dilatazione periodica riesce ottimamente a impedire la stenosi.

II. — Atrofia dell'utero.

Oltre all'incompleto sviluppo del canal genitale in genere, si trova talvolta una atrofia limitata all'utero, pur essendo normalmente sviluppati gli altri organi della generazione. In questi casi lo sviluppo del-

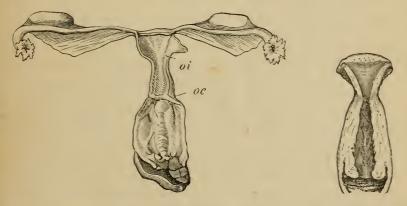



Fig. 30. — Atrofia dell'utero secondo Virchow. *oi*, orificio interno. *oe*, orificio esterno.

Fig. 31. — Utero infantile.

l'utero in massa è rimasto incompleto, essendone perfettamente normale la forma; oppure l'utero durante la vita feconda si fa atrofico, sia in seguito ad un processo morboso, sia senza di questo.

A. Nelle così dette atrofie congenite l'utero o mantiene la forma e il volume dell'utero infantile (fig. 30 e 31), o lo si trova, in proporzioni ridotte, nella forma che ha agli inizii della pubertà.

L'atrofia non dà sintomi fino alla comparsa della pubertà; ed anche dopo molte delle donne, che ne sono affette, e non sono così rare come si crede, rimangono libere da ogni disturbo. Nel loro aspetto esterno hanno un tipo femminile a volte molto marcato e femmineo è pure il carattere. In numerosi casi io ho visto di tali donne, che all'età di 30-40 anni godevano perfetta salute, e, felicemente maritate, non si lamentavano d'altro che della mancanza o irregolarità delle mestruazioni, e della sterilità.

Queste donne sono spesso disposte alla polisarcia; altre conservano

le forme dell'adolescenza fino all'età matura. Nell'utero così conformato è quasi sempre caratteristico il sintomo funzionale del suo sviluppo, la mestruazione. Le une presentano a lunghi intervalli, dipendenti dalle condizioni di clima e di nutrizione o dal genere di vita, il così detto molimen mestruo, che dura per uno o più giorni, e scompare poi senza alcun scolo di sangue. Sotto questo nome di molimen si comprendono dolori colici al basso ventre, specialmente ai lati, con aumentata secrezione, compressione sulla vescica e sul retto, stiramenti alle mammelle, spiccato nervosismo e spesso anche aumentata eccitabilità sessuale. Talora, in luogo di questo molimen più o meno localizzato al basso ventre, si manifestano disturbi d'altro genere, specialmente da parte dello stomaco, od in forma di forti dolori sacrali, di emicrania, e di dolori reumatici. Altre volte vengono in scena forti epistassi, perdita sanguigne emorroidali, ematemesi, ingorgo delle vene varicose alle estremità inferiori. Altre donne accusano in questo periodo senso di vampa e sudori e simili incomodi.

In questo modo le donne affette da atrofia dei genitali possono passare lunghi anni senza che i loro incomodi raggiungano un grado eccessivo, chè anzi a poco a poco questi svaniscono per lo stabilirsi di una precoce senilità. Altre sono di tempo in tempo colpite da metrorragie atipiche, talora con intervallo di anni, talora ripetentisi nella primavera, nell'autunno.

In altre io ho potuto osservare perdite più frequenti ed anche molto abbondanti. Più volte accadde che tali metrorragie venissero prese per aborti; è in seguito ad esse che le povere donne ricorrono al consiglio medico.

Sono numorose le difficoltà, che si incontrano nello stabilire il reperto di utero atrofico; già vi è difficoltà all'esplorazione per l'esagerata sensibilità, od esistono pareti addominali assai ricche di adipe, vagina molto stretta e notevolmente allungata; si aggiunga che queste donne vanno soggette ad ostinata stitichezza, e la distensione dell'intestino ostacola l'esame. In questi casi torna quindi spesso necessario completare l'esame nella narcosi. All'estremità di una vagina difficilmente permeabile si trova un rilievo a forma mammellonare, con una piccola apertura, e sopra questo rilievo un nodo carnoso, che, approfondato nell'escavazione sacrale, solo a stento può essere ben percepito all' esplorazione combinata. Il corpo dell'utero piccolissimo, lungo circa un centimetro, si sente continuarsi con un collo sottile e lungo fino a tre centimetri. formando con esso un angolo molto spiccato, aperto ora all'avanti, ora all'indietro. Altre volte il corpo ha la forma, che ha nell'utero pubere, ma è situato in latero o in retroversione, e si continua con un collo relativamente piccolo.

Stabiliti questi dati coll'esplorazione vaginale o rettale, torna molto

utile l'uso della sonda per misurare la lunghezza del corpo e del collo. Di regola il cateterismo in questa speciale conformazione dell'utero non offre alcuna difficoltà, quando si abbia l'avvertenza di stabilire prima la direzione, in cui si deve spingere la sonda. Le pareti uterine, ora molli e flosce, sono in alcuni casi di notevole durezza e rigidità.

La diagnosi di atrofia dell' utero basa essenziálmente sull' esplorazione combinata: questa incontra, come vedemmo, non indifferenti difficoltà nell'esagerata sensibilità, nell'accumulo di adipe alle pareti addominali, nell'angustia della vagina. Siccome d'altra parte queste donne si rivolgono al medico perchè impressionate dalle emorragie o dai vivi ed acuti dolori, chi pratica l'esame difficilmente è libero da preconcetti, e si aspetta di trovarsi davanti ad un aborto, o ad una infiammazione acuta con formazione di essudati. Più volte ebbi a visitare e curare delle signore, la cui malattia, in seguito a tali preconcetti, era stato l'oggetto dei più disparati pareri da parte dei diversi medici curanti.

Nei trattati la prognosi di questa modalità di difettoso sviluppo dell'utero è presentata come piuttosto cattiva; io riconosco che essa migliora assai, purchè la donna si assoggetti alla cura in età relativamente giovane, ed abbia la necessaria pazienza per tollerare un trattamento spesso incomodo e faticoso, e purchè le sue condizioni ed il genere di vita le permettano di sottostare alla lunga cura.

Se queste condizioni si verificano, se cioè la donna è piuttosto giovane ed in condizioni favorevoli, si ottiene in un discreto numero di casi, non solo reale miglioramento dei disturbi, ma anche sviluppo dell'utero, e in due casi, anzi, io vidi sopravvenire la gravidanza e protrarsi fino al termine normale.

Terapia. — La cura generale è necessariamente da preporsi ad ogni cura locale. Moto energico all'aria libera, ginnastica da camera, vita ai monti, bagni di mare, nuoto, equitazione, pattinaggio sono di maggior importanza che non le sorgenti ferruginose: tuttavia, se la digestione è regolare, si ricorrerà pure ai preparati di ferro e all'emoglobina. È pure importante il vitto carneo, il latte, le uova, piccole quantità di birra buona e di vino non troppo forte.

Se all'anomalia di sviluppo si accompagna il ricco deposito di adipe, è contro di questo che devono essere diretti i primi passi della terapia. Qui trovano la loro indicazione le acque di Marienbad, di Kissingen e simili, che non di rado esercitano una buona influenza anche sulla mestruazione; negli ultimi tempi ho trovato vantaggiosissima la cura della polisarcia istituita rigorosamente.

Nei soggetti giovani, specialmente nelle fanciulle, cerco di ritardare, per quanto è possibile, la cura locale; ritengo invece opportuno ricorrervi subito nelle donne più attempate, specialmente se maritate.

Colla cura locale dobbiamo prima di tutto proporci di aumentare

l'afflusso di sangue all'utero, e favorire lo sviluppo delle sue tonache muscolare e mucosa. Scopo questo, che spesso si raggiunge colle scarificazioni sul collo, fatte prima giornalmente, poi ad intervalli variabili. Io faccio uso dei noti scarificatori di Mayer (fig. 32), coi quali scalfisco la mucosa delle labbra del collo, partendo dall'orificio uterino, in varie direzioni. Nei primi tempi l'emorragia è scarsa; e per aumentarla io consiglio alla pazienti di non porsi a riposo subito dopo le scarificazioni ma di passeggiare per un quarto d'ora o per una mezz'ora. Mano mano l'emorragia si fa più rilevante anche colle scarificazioni più superficiali; allora diventa necessario che le pazienti riposino un'ora o due dopo le scarificazioni; e, in caso di perdita troppo abbondante, si ordineranno irrigazioni vaginali con acido pirolegnoso in soluzione concentrata.

Quando le emorragie si fanno abbondanti, lascio fra le scarificazioni un intervallo, prima di due o tre giorni, poi di una settimana. Frattanto, per eccitare anche la mucosa del corpo, pratico frequentemente il cateterismo dell'utero.

Sotto questa cura, accompagnata da semicupi con decozione di crusca o con acqua salata, l'utero e gli organi tutti del bacino si fanno meno sensibili; e dopo circa 6 ad 8 settimane dall'inizio della cura si può già pensare a stabilire una eccitazione diretta e continua sull'utero, a mezzo di un pessario intrauterino (fig. 33 *a*). Questo pessario esercita spesso una intensa eccitazione sulle pareti uterine; e sotto la sua influenza non è raro che l'utero si rigonfi notevolmente, senza che però vi si accompagni sempre aumento della sensibilità e dei disturbi esistenti. Questa tumefazione molte volte permane al di là del tempo, in cui sta applicato il pessario, e ne ho visto derivare in processo di tempo un forte sviluppo della musculatura e della mucosa uterina. Il materiale, di cui è composto il pessario, è l'avorio, od un accoppiamento di due metalli, lo zinco ed il rame, quale fu usato su grande scala anche da mio padre. Io ammetto che tali pessarii a due metalli esercitino una irritazione speciale ed energica sulla mucosa uterina; se infatti sono portati per un certo tempo la lamina di zinco non appare più liscia alla superficie, ma come corrosa: anzi dietro il lungo uso l'ho vista scomparire del tutto. Comunque si voglia interpretare il processo chimico di questa modificazione, non si può negare che questo processo deve esercitare la sua azione anche sui tessuti che attorniano il pessario. Lo spessore e la lunghezza del pessario sono condizionati al lume ed alla lunghezza dell'utero: il pessario deve essere circa di $1/2$ centimetro più breve dell'utero stesso.

Introduzione del pessario. — Sempre supposto che l'utero e i tessuti vicini siano stati resi insensibili all'introduzione della sonda, io introduco questa, e col suo mezzo avvicino, per quanto è possibile, l'utero all'ostio vaginale, e lo fisso qui colla mano destra che tiene la sonda. Allora, fissando il pessario col pollice della mano sinistra al dito indice, lo faccio

scorrere lungo la sonda fino all'orificio esterno dell'utero, e, una volta che l'estremità ne è penetrata nell'orificio uterino lo spingo sempre più nella vagina finchè il bottone ha oltrepassato l'ostio, nel mentre chè la sonda lascia risalire l'utero. Allora si ritira la sonda, e, per pressione dell'indice sinistro sul bottone del pessario, lo si fa procedere nella cavità uterina. Spesso si ha la sensazione, come se la cavità uterina assorbisse per così dire il pessario; in altri casi questo penetra facilmente fino all'orificio interno, ma sembra quasi impossibile il suo passaggio nel corpo. L'ostacolo a questo livello può essere dato da stenosi dell'orificio uterino; allora si sceglierà un pessario più sottile. Oppure è l'inflessione del corpo sul collo, che ostacola l' ulteriore introduzione. In questi casi il corpo verrà sollevato agendo attraverso al fornice anteriore se l'utero è in antiflessione, o al posteriore, se in retroflessione, sinchè il corpo formi col collo press'a poco una linea retta; allora l' introduzione riuscirà assai agevole. Con un po' di esercizio, e fatti gli opportuni preparativi, l' applicazione del pessario si compie senza ferite della mucosa, e senza emorragia, sebbene anche questa non avrebbe in sè nulla di grave, purchè non esistano secreti decomposti o si faccia uso di un pessario sporco. In caso di bisogno si può facilitare d' assai colla cloronarcosi la piccola operazione.

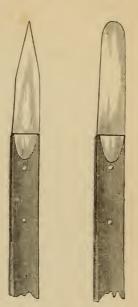



Fig. 32. — Scarificatori di C. Mayer.

Il pessario per lo più vien lasciato in posto senz'altro appoggio; il bottone riposa sulla parete vaginale e da questa vien mantenuto fisso contro le labbra del collo. Se invece scivola fuori, lo si dovrà fissare, ed a ciò serve benissimo il secondo istrumento (fig. 33. *b*). La piastra larga è destinata a sostenere il pessario intrauterino; il peduncolo deve sporgere dalla rima vulvare. Si prende l' istrumento in modo che la piastra sia posta di coltello contro l' introito della vagina, mentre il peduncolo è diretto lateralmente: spinta allora la piastra in vagina, la si colloca trasversalmente, press' a poco all' altezza dei fornici: l' estremità del peduncolo che sporge ancora dall' ostio vaginale impedisce lo spostarsi della piastra. Su questa poggia e si muove liberamente il bottone del pessario intrauterino.

Fig. 33. — Pessario intra-uterino, e suo sostegno.

Per alquanti giorni dopo l'introduzione del pessario la paziente dovrà

restare in quiete, senza che sia necessario il riposo a letto. Poi, constatato che l'utero e i tessuti vicini non dànno segno di risentimento, si può permettere alla donna di attendere alle sue faccende domestiche, od anche di allontanarsi per far ritorno alla propria casa; e si mettono in opera tutti i mezzi che abbiamo indicati per rialzare le condizioni generali della donna. All'applicazione del pessario ho sempre visto conseguire emorragie periodiche, anzi in più della metà dei casi le mestruazioni abbondanti portarono un vero sollievo alla donna. Dopo tre o quattro mesi, rimovendo il pessario, ho trovato l'utero in ottime condizioni in un quarto dei casi; anzi molte di queste donne furono poi gravide, e partorirono a termine. In altre ammalate l'utero apparve al momento in buone condizioni: scomparve il limitato arrossamento, che circondava l'orificio uterino dopo la rimozione del pessario; le mestruazioni durarono regolari per un certo tempo, ma dopo sei mesi o giù di lì si fecero di nuovo irregolari. Rinnovando allora la cura col pessario, ne ricavai miglioramento duraturo, almeno per lungo tempo, mentre l' utero rimase mediocremente sviluppato. In altri casi il risultato fu meno completo; si trattava specialmente di donne al di là dei 25 anni. Ne ottennero bensì sollievo finchè il pessario fu in posto, e sotto la influenza della cura guadagnarono positivamente nello sviluppo dell'utero; ma non si ebbe ristabilita la mestruazione, sicchè la guarigione non fu in questi casi completa. Sottoponendosi però ad un opportuno regime generale, e rinnovando di tempo in tempo la cura locale, queste donne giunsero ad un grado soddisfacente di benessere.

I casi di atrofia talvolta si complicano anche per l'associazione di catarro della vagina o dell'utero, e specialmente per stati infiammatorii del perimetrio. Allora la cura locale deve lottare contro molte difficoltà.

Le prime attenzioni devono essere rivolte alla cura di queste infiammazioni: si potrà venire ad una terapia locale solo quando i catarri e i residui di peri e parametrite siano interamente guariti. Fra le complicazioni più moleste ho trovato dei disturbi gastrici, cefalee, dolori sacrali che rendono impossibile la deambulazione. Se gli altri mezzi non bastano, e questi disturbi mettono la paziente in uno stato intollerabile, allora solo credo si possa tentare, come ho fatto, di attutire la sensibilità dell'utero coll'introdurvi cilindretti di solfato di zinco e morfina e coll'uso contemporaneo di supposte narcotiche, per rendere poi possibile l'applicazione del pessario intrauterino. In varii casi mi riuscì così di rendere insensibile l'utero, e di alleviare di molto i disturbi delle pazienti coll'uso del pessario intrauterino. In altri casi si manifestò una reazione così violenta nei vecchi focolaj infiammatorii circostanti, da obbligarmi a desistere subito da ogni tentativo, ed anche dall' uso delle sacrificazioni.

In genere però la forma qui accennata di atrofia si incontra tanto

di rado, che solo 2 o 3 volte all'anno mi accade di dover ricorrere ad un pessario intrauterino.

B. L'atrofia dell'utero in puerperio (1) si determina per l'esagerazione dell'involuzione puerperale, e può produrre notevolissime alterazioni sotto due distinte forme. A volte si determina una estrema rilasciatezza della muscolatura uterina. In questi casi l' utero non appare ridotto nella sua lunghezza, la sua massa è difficile da valutare, perchè si delimita molto male attraverso alle pareti addominali, la muscolatura ha subìto la degenerazione adiposa: le pareti perdono il loro tono anormale, e si ha un grado di mollezza, che ricorda il 2.° o 3.° mese di gravidanza. Occorrerà una grandissima prudenza, in questi casi, nel tentativo di stabilire colla sonda le dimensioni dell'utero, perchè è appunto in questi casi che viene in scena la perforazione dell'utero, senza che siasi dispiegata alcuna violenza. È raro che si abbia un rammollimento parziale, limitato al collo o al corpo: talvolta il collo è assai sottile, ridotto a dimensioni minime, mentre al di sopra il corpo appare come una prugna molliccia. Un'atrofia di tal genere si incontra di preferenza in donne precocemente invecchiate, assai deperite per malattie di altri organi, specialmente se, per allattamento protratto e per mancanza di cure, non sono in grado di supplire alla diminuzione delle forze.

L'altra forma di atrofia puerperale porta ad un raggrinzamento dell'utero, che ricorda lo stato che si osserva dopo la menopausa. Troviamo allora l'utero ridotto quasi ad un terzo del suo volume, e più che tutto è notevole l'avanzata atrofia della cervice, che sporge in vagina in forma di un rilievo mammellonare di consistenza rigida. Questa atrofia avanzata l'osservai specialmente durante il puerperio in donne che allattavano, non erano ancora state mestruate, e si erano anche astenute da rapporti sessuali: non è che il grado più avanzato della normale involuzione puerperale. Smettendo l'allattamento, colla ricomparsa dei mestrui, e col ristabilirsi di frequenti rapporti sessuali, questa forma scompare, e l' utero ripiglia in breve tempo volume, forma e consistenza normali.

Quest' ultima specie di atrofia non dà indicazione ad alcun intervento terapeutico: nella prima forma invece si dovrà sospendere appena sia possibile l'allattamento, e curare la nutrizione della donna a seconda delle indicazioni fornite dalle lesioni di altri organi. Per quanto concerne le lesioni dell'apparato genitale, ricorreremo ai semicupii e alle iniezioni tiepide. Per lo più però tali pazienti, appartenenti quasi tutte alla clientela policlinica, le vidi alla lunga soccombere per le sfavorevoli condizioni, in cui si trovavano, e per malattie di altri organi; e vi contribuisce specialmente il ripetersi di una nuova gravidanza.

---

(1) Frommel, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. VII — Thorn, ibidem XVII — P. Müller. Festschrift für Kölliker, Leipzig 1887.

C. Una riduzione dell'apparato genitale analoga alla atrofia puerperale si osserva in donne, che abbiano vissuto a lungo in paesi tropicali. Si presentano temporaneamente sterili, deboli, nervose, amenorroiche. Scarse secrezioni mucose, pallore notevole della mucosa genitale accompagnano l'atrofia, che ha quasi l'apparenza di un disseccamento dell'apparato genitale. Portate in climi temperati e con una cura opportuna, spesso si vede ristabilirsi colla salute generale anche lo stato normale dell'apparato genitale. Nei casi da me osservati subentrarono secrezioni più abbondanti, turgore della mucosa e menorragie, tanto da reclamare una cura locale. La desiderata guarigione fu ottenuta col soggiorno in clima alpestre e coll' abbandonare per un certo tempo il tropico: e la guarigione persistette anche col ritorno alle zone calde, e fu vista venire in scena gravidanza.

D. Un'altra forma di atrofia si svolge, sia in seguito a malattie puerperali, quanto, e più spesso, all'infuori del puerperio, come conseguenza di alterata nutrizione dell'utero per retrazioni cicatriziali nel parametrio: di questa parametrite atrofizzante ci occuperemo più estesamente nel capitolo della parametrite.

Nella terapia dell' atrofia si deve ascrivere una speciale efficacia alla elettroterapia. Nelle donne da me curate coll'elettricità ho raggiunto dei buoni risultati; però non oserei dire quanta parte del successo spetti alla terapia generale.

III. — Ipertrofia dell'utero.

Sotto il titolo di ipertrofia dell'utero cadono a rigore solo i casi di proporzionato aumento di tutti i componenti dell'utero, senza intercorrenti stati infiammatorii (1). Tali ipertrofie possono accrescere considerevolmente la massa dell'utero; colpiscono l'organo in massa o solo un segmento: sono tuttavia assai rare le ipertrofie pure nel senso anatomico della parola. L'aumento di volume dell'utero per lo più si fa a spese del connettivo frapposto ai fasci muscolari, con grandissima frequenza sotto l'influenza di stati irritativi infiammatorii (metrite cronica). Sottoponendo a rigorosa critica il mio materiale, non potrei indicare un sol caso di vera ipertrofia pura.

Il mutamento di forma causato dalla parziale ipertrofia porta a speciali reperti, come si trovano descritti nella letteratura (2).

Anche in assenza di un processo infiammatorio si stabilisce un quadro analogo a quello, che dovremo tratteggiare parlando della metrite e

(1) Klob, nella sua Anat. d. weibl, Sexualorg, vuole descrivere sotto questo titolo la metrite cronica, ma quasi tutti i ginecologi sono di avviso contrario.

(2) Säxinger, Prag, Vierteliahrschift, 1866 p. 144. Courty. Mal. de l'utérus, 1872.

della endometrite; cioè un allungamento del collo, una ipertrofia della porzione vaginale, fino al punto che la massa ipertrofica abbia a far sporgenza dall'ostio vaginale.

I sintomi dell'ipertrofia sono in parte in relazione coll'aumento di peso dell'organo: e consistono allora in un senso di pienezza al basso ventre e di premito molesto. Questa sensazione diventa assai penosa, quando vi si associno compressione e tenesmo della vescica e del retto. Nell'ulteriore decorso del male si aggiungono i sintomi di un prolasso iniziale od anche completo. D'altra parte coll'aumento di volume cammina di pari passo l'aumento della superficie mucosa, d'onde accresciuta secrezione, e spesso anche più abbondanti perdite sanguigne mestruali.

La terapia dovrà tener calcolo di questi speciali disturbi. Il senso di pienezza viene spesso alleviato procurando frequenti evacuazioni intestinali, e con semicupi, con irrigazioni calde, o coll'uso dello speculum perfrigerante (v. fig. 18). Non è infrequente che questa cura faccia in pari tempo cessare l'aumento di secrezione, che eventualmente potrà curarsi coll'uso di tamponi alla glicerina e tannino, di scarificazioni e di mezzi analoghi, in ispecial modo il raschiamento.

Se i disturbi, e specialmente quelli dovuti al prolasso persistono, sarà indicata l'amputazione del collo, colle opportune modificazioni nel modo di praticare le incisioni, così da esportare un cuneo coll'apice che si spinga in alto.

2. Mutamenti di posizione e di forma dell'utero e della vagina.

Col miglioramento dei metodi d'esame e colle migliorate cognizioni sulla patologia degli organi pelvici, i ginecologi si sono convinti che solo una piccola parte delle così dette malattie delle donne è riferibile ad una alterazione di posizione o di forma dell'utero. Ma, sebbene l'inclinazione dell'utero in avanti, un tempo creduta patologica, oggi da nessuno sia fatta obbietto di cura, se anche le aderenze dell'utero cogli organi vicini trovino il loro posto in patologia nei capitoli della perimetrite e della parametrite, e se gli spostamenti dovuti a neoplasma dell'utero o degli annessi debbano essere trattati nel capitolo dei tumori, resta pur sempre un gruppo non trascurabile di deviazioni uterine, capaci di dar luogo a gravi disturbi, la cui cura costituirà sempre un campo importante e non ingrato della terapia ginecologica.

Le distinzioni fra flessioni e versioni si ritennero a lungo come assai importanti. Non si vuol negare che una differenza esista tra i casi in cui l'asse longitudinale dell'utero è flesso ad angolo acuto, e quelli in cui è rigidamente retto, in contrasto colla curva dolce normale. In fondo la differenza fra versione e flessione è solo di grado e viene in scena specialmente quando un utero, fino allora dotato di curva normale,

subisce una inflessione per la persistente azione dei momenti patogenetici, e in seguito a ciò si produce stasi nell'utero o negli organi vicini. Pur riconoscendo l'eventuale importanza delle deviazioni uterine, devo constatare che i sintomi dipendono in gran parte da accidentali fenomen irritativi, specialmente da parte della mucosa uterina; guariti questi, per lo più scompaiono anche i sintomi: un gran numero di casi di spostamenti uterini non dànno sintomi di sorta. Qui ci occuperemo solo di quelle forme di spostamento nelle quali i disturbi appaiono causati dall'alterazione di forma o posizione per sè. Non si dimentichi però che i fenomeni irritativi possono alterare con notevoli complicazioni il quadro clinico ed esigere modificazioni della cura.

Siccome colla diversa eziologia varia il significato delle diverse forme di versioni e di flessioni e ne derivano diverse indicazioni terapeutiche, così credo opportuno stabilire la seguente classificazione:

1.° Forme congenite o acquisite all' infuori dello stato puerperale.

2.° Forme che si fanno manifeste in gravidanza.

3.° Forme che si sviluppano in puerperio.

α) Antiversioni e flessioni.

1.° *Antiversioni ed antiflessioni congenite od acquisite all'infuori dello stato puerperale.*

Essendo nota la normale posizione del corpo dell'utero all'avanti, io ritengo patologica l'antiversione, solo quando il corpo per abnorme mobilità si adagia sulla vescica in modo da ostacolare le oscillazioni fisiologiche nel grado di ripienezza della vescica e del retto. Siano poi normali o no le connessioni fra il collo uterino e la vescica, il corpo si inclina su di questa e ne disturba la regolare distensione.

Nell'antiflessione il corpo cade in basso davanti al collo, insinuandosi fra questo e la vescica, nel fornice anteriore (fig. 34): oppure si colloca nell'escavazione vescico-uterina davanti al collo, e al pari di un utero gravido ostacola la regolare distensione della vescica.

Di fronte ai casi relativamente rari in cui questa disposizione dell'utero è congenita, si osservano più di frequente quelli, in cui un reperto press'a poco simile si stabilisce come risultato di preceduti processi infiammatorî. Questa forma si distingue di regola per un' insolita rigidità del collo, il quale presenta un notevole allungamento della sua porzione sopravaginale. Io considero questi casi come conseguenza di una metrite cervicale determinata a sua volta da una endocervicite. L'antiflessione del corpo non ha qui che una importanza secondaria.

Nelle antiflessioni, per l'ostacolato circolo nel punto di inflessione, si hanno stasi nel corpo e nel collo, che si manifestano colla forte imbibizione sierosa del tessuto intermuscolare, colla ripienezza od anche colla lacerazione dei vasi, e colla aumentata secrezione mucosa.

Quando il male dura da qualche anno, o la tumefazione cede, e si ha allora un utero che per spessore e cedevolezza delle pareti si avvicina assai all'utero sano; oppure si stabilisce una esagerata durezza e rigidità di tessuti, per la quale soffre anche la vascolarizzazione del collo, tanto che, ad es., colle scarificazioni a stento si ottiene una perdita di sangue proporzionata alla profondità dell'incisione; anche il punto di inflessione si fa atrofico. Non è però sempre la metà anteriore del

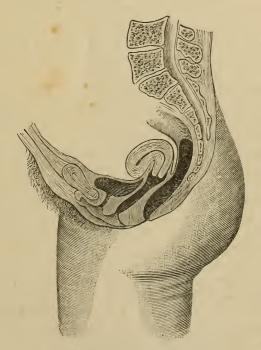



Fig. 34. — Antiflessione dell'utero.

collo che si trova atrofizzata; l'atrofia può colpire anche la parete posteriore, come lo prova l'interessantissimo preparato di Winckel (1).

È certo che molte ragazze e donne non risentono disturbo di sorta da una flessione anche esagerata del corpo dell'utero in avanti: in altre i sintomi della antiversione e flessione si appalesano talvolta fin da prima della comparsa della mestruazione, per lo più però dopo di questa. Gli sconcerti vescicali ho potuto, in ragazze non ancora mestruate, riferirli a questi spostamenti uterini, anche se mancava tuttora qualsiasi accenno a comparsa delle mestruazioni. Frequenti volte la prima comparsa delle mestruazioni è preceduta da molestissimo senso di premito

(1) Vedi Atlante, tav. X.

e di tenesmo nella vescica e nel retto, molestie che scompaiono coll'avviarsi del flusso mestruo, per ricomparire spesso più intense ad ogni nuova mestruazione, e raggiungere un grado intollerabile, quando si associno lesioni della mucosa e del parenchima. I dolori hanno sede al basso ventre, hanno forma colica, possono continuarsi anche durante la mestruazione, e non sempre svaniscono nella menopausa. Così la disgraziata paziente può soffrire per lunghi anni; si manifestano poi frequentemente dei dolori lancinanti ed irradianti, i fenomeni del catarro vescicale cronico, disturbi gastro-intestinali, cefalee e una quantità di turbe isteriche. In altri casi, giunta che sia la donna al completo sviluppo, i dolori si riducono al minimo, e possono anche scomparire col matrimonio, specialmente se subentri il concepimento.

Nel caso che la donna rimanga sterile, si va con troppa facilità nell'ascrivere la sterilità all'antiflessione od all'antiversione, mentre non sarebbe fuor di proposito l'attribuirla ad eventuali lesioni della mucosa, o forse anche all'impotenza del marito.

La spiegazione dei disturbi dismenorroici in queste antiflessioni è stata occasione a gravi difficoltà. Si ammetteva un tempo che il secreto mestruale restasse trattenuto nel cavo uterino, e che i dolori corrispondessero alle contrazioni delle pareti dell'utero, che cercavano di effettuare l'espulsione del secreto attraverso al canal cervicale, otturato o ristretto per l'alterazione di forma o di posizione. Io credo infatti che questa spiegazione possa valere per un certo numero di casi, e segnatamente per quelli in cui si trova un ristringimento rigido, per lo più cicatriziale, nel canal cervicale, sia al suo estremo superiore, sia all'inferiore. È però abbastanza frequente trovare gli stessi disturbi, senza traccia alcuna di retrazione cicatriziale, e con un canale il cui lume non è punto ristretto, nemmeno all'orificio interno. Qui certamente i dolori non possono avere una causa come l'accennata: è invece molto più verosimile che siano occasionati dalla tumefazione della mucosa e degli strati muscolari comunque alterati (1).

Ostinatissima è spesso in questi casi, come nei casi di retroflessione, l'endometrite catarrale intercorrente, accompagnata da dolori assai vivi. Molte si sottopongono a cura solo quando il catarro ha raggiunto un grado insopportabile, ed è accompagnato da vivi dolori sacrali, sensibilità al basso ventre, dolori ipogastrici, secrezione acre e irritante, sconcerti vescicali, stitichezza, e dalle solite sofferenze da parte dello stomaco e del sistema nervoso.

La diagnosi dell'antiversione e dell'antiflessione riposa quasi esclusivamente sull'esplorazione. Il fondo si sente distintamente dietro la sinfisi; il collo si trova innicchiato nel fornice posteriore, o diretto con

---

(1) Vedi Duncan, l. c. — Vedeler, Arch. f. Gynäk XIX.

angolo acuto in avanti. Al disopra del fornice anteriore il dito riscontra il corpo, il cui fondo talora discende più in basso del collo. L'angolo di inflessione può essere tanto rigido, che si ha difficoltà a spingervi il dito.

La prognosi di queste forme dipende dai fenomeni che le accompagnano. Non riesce sempre facile l'alleviare i disturbi dismenorroici e mitigare il catarro concomitante; una guarigione completa del male non si ha se non si ottiene un perfetto sviluppo o una completa involuzione dell'utero, il che può richiedere una terapia energica.

Terapia. — Il compito principale della cura, quando i disturbi di un'antiversione non complicata si avverano in persone di giovane età, deve essere rivolto alla dietetica generale, allo scopo di favorire un sufficiente sviluppo di tutto il corpo. Si procuri una digestione energica e regolare, e si faccia fare attivo esercizio muscolare. Solo quando con questi mezzi non si ottenga alcun miglioramento, non dovremo rifuggire dal tentare un cura locale, anche se si tratti di ragazze ancora nello stato di verginità. Lo scopo che ci proponiamo è di vincere lo spostamento anteriore o la flessione dell'utero sul suo asse. Ma, se è necessaria una cura locale, sia regola costante il limitare per quanto è possibile le esplorazioni. specialmente se si tratta di donne non maritate. Se l'utero poggiante sulla vescica gode di una certa mobilità, e si verificano i già descritti incomodi, si ottiene spesso qualche sollievo col far ripetutamente assumere alla donna per qualche ora il decubito dorsale, col distendere la vescica, coll'uso dei narcotici, ed eventualmente con lavature vescicali. Finora sono pochisssimi i casi a me noti in cui non si sia riuscito a mitigare questi disturbi vescicali e i principali sintomi inerenti all'antiversione od antiflessione. Già da tempo io non faccio più uso di alcun pessario vaginale per correggere lo spostamento dell'utero in avanti.

Se le pareti uterine sono flaccide e incompletamente sviluppate, si ricorrerà con buon risultato alla faradizzazione dell'utero: si sono visti dei vantaggi anche dal massaggio, che però, per lo stimolo che esso determina, rappresenta, specialmente nelle ragazze, un pericolo maggiore del male che si vuol combattere. Per l'addietro io ricorreva, dopo opportuna preparazione, all'applicazione di un pessario intrauterino nel modo già descritto.

Nei catarri ostinati si hanno buoni effetti dal raschiamento; in seguito alla sua efficace azione su tutto l'utero, questo piglia maggior sviluppo e raggiunge forma e consistenza normali; i disturbi si dileguano, sebbene persista l'antiversione o l'antiflessione: allora è bene desistere da ogni ulteriore terapia locale.

2.° Antiflessione dell'utero gravido, *venter pendulus.* Questa frequente complicazione della seconda metà della gravidanza, come è noto si produce, non solo per la rilasciatezza delle pareti addominali, che

non sono in grado di sostenere l'utero gravido, ma anche, almeno nelle primipare, per anormale conformazione dell'ingresso pelvico e della colonna vertebrale: più raramente per stati patologici d'altra natura dell'uovo, dell' utero, e del cavo addominale (tumori e così via). In ogni caso sarà necessario andare esattamente alla ricerca di tutti questi fattori. I noti disturbi che ne conseguono si possono quasi sempre togliere coll'uso di appropriati sostegni, in forma di ventriere appoggianti sulle spalle a mezzo di bretelle; e la gravidanza continua poi tranquillamente il suo corso. Più d'una volta mi sono occorsi casi accentuatissimi di ventre pendulo, in cui ogni sorta di fascie o di corsetti aggravava, anzichè diminuire, i disturbi, tantochè la donna preferiva tollerare l'incomodo senza alcun riparo per tutta la durata della gravidanza. Una condizione essenziale per rendere tollerabile l' esistenza di un ventre pendulo un po' spiccato è la scrupolosa pulizia che previene lo svilupparsi di screpolature ed abrasioni, specialmente nelle pieghe della cute.

Per quanto concerne il momento del parto, ho visto una donna mettere in pratica una semplicissima ed originale precauzione, che mi tornò poi di giovamento in tutti i casi successivi. Questa donna, appena avviato il travaglio, si metteva di propria iniziativa a giacere sul fianco, incurvandosi in modo che le ginocchia venivano a formar da sostegno al ventre, e a riportare quasi completamente l'utero nell'opportuna direzione sullo stretto superiore. Non voglio qui intrattenermi delle altre cure che possono occorrere in simili casi.

Czerny ha caldamente raccomandato l'uso profilattico della fasciatura dell'addome in puerperio, usata molto in Inghilterra (1). Nessun dubbio che queste fasciature hanno con sè qualche inconveniente, senza contare che non premuniscono in modo sicuro dall'insorgenza del male. Però sono accettate da molte donne come un vero beneficio, e purchè si tratti di donne che abbiano cura di una minuta disinfezione, e nelle quali non possa venirne alcun ostacolo alla sorveglianza dell'involuzione puerperale dell'utero, io le faccio adottare, o le sostituisco coll'applicazione sul ventre di pesanti compresse a più doppi, (pannolini, tovaglie, ecc.). Queste si possono facilmente rimuovere quando occorra controllare l'involuzione dell'utero, e facilmente si possono rimutare.

3.° L'antiflessione dell'utero *post partum* è raro si constati come un fatto patologico, dacchè abbiamo imparato a conoscere che nel periodo di sua involuzione l'utero si adagia sulla vescica, e vi resta finchè sia ridotto alla norma (2). Una tale antiflessione acquista carattere patologico, solo quando l'angolo che il corpo fa col collo porta ad una occlusione del canal cervicale, o ad una stasi sanguigna, per cui ne viene a soffrire il processo involutivo.

(1) Czerny. Centralbl. f. Gynäk, 1886 N. 3.
(2) Credé, Archiv f. Gynäk I.

Nella Società di Ostetricia e Ginecologia di Berlino, nel marzo 1886, Stratz presentava un preparato del gabinetto d'anatomia, che dimostra che, in condizioni apparentemente normali, il punto di inflessione nei primi tempi non coincide coll'orificio uterino interno, ma trovasi appena al di sotto del così detto cercine di contrazione, cioè nel dominio del segmento inferiore dell'utero.

Conviene distinguere i casi, secondo che l'antiflessione si produce

Fig. 35. — Antiflessione per incompleta involuzione della zona di attacco della placenta alla parete posteriore dell'utero.

nei primi giorni del puerperio, e d'improvviso, oppure si prepara gradatamente e più tardi durante l'involuzione puerperale.

I. Di esempi del primo gruppo io ne ho osservati nella proporzione di circa il $^1/_2\,^0/_0$ su più di mille puerpere, durante il mio assistentato alla Clinica Ostetrica di Berlino, contandovi solo i casi in cui l'antiflessione inpuerperio si palesò coi suoi sintomi in modo acuto.

In questi casi si ebbe brusca insorgenza di violento tenesmo vescicale: mentre si cercava di calmarlo, insorsero emorragie profuse, addirittura esaurienti. Pei dolori e per la perdita delle forze le donne apparivano in stato di grave collasso. L'esplorazione fece noto che l'utero ancora voluminoso era sceso nello scavo dietro la sinfisi

prima del tempo normale, e, col collo fortemememente schiacciato contro l'escavazione sacrale, riempiva tutto il bacino.

L'introduzione del dito nella cavità uterina era ancora possibile, sebbene con grandi difficoltà, non essendo ancora completa l'involuzione del collo (si trattava di donne dal 3.° al 5.° giorno di puerperio), e in più della metà dei casi si potè constatare l'incompleta involuzione della zona placentare situata alla parete posteriore dell'utero (fig. 35): negli altri casi la zona placentare era bene involuta, trovavasi ai lati o in parte alla parete anteriore, e non poteva esser fatta in alcun modo responsabile dello spostamento. L'utero del resto si lasciò sempre e facilmente ridurre, dopo di che si evacuò dalla cavità del corpo una notevole quantità di sangue e di secreti lochiali ivi rattenuti.

Un miglioramento immediato si ottiene, appena che con opportuno eccitamento dell'utero, sia coll'esame digitale della sua cavità, sia col raschiamento della zona placentare, vengono determinate energiche contrazioni. L'uso della segala e le doccie calde a 50° nelle tre o quattro settimane successive accelerano l'involuzione uterina.

II. I fenomeni dell'antiflessione, che si determina nelle epoche più avanzate del puerperio, raggiungono lentamente un grado notevole, sia che il fatto si verifichi dopo un parto a termine, o dopo una prematura interruzione della gravidanza: questi ultimi casi sembrano offrire una maggior disposizione ad una alterazione del processo involutivo. Le sofferenze aumentano sempre più dopo settimane e mesi del parto, tanto da costringere infine la paziente a ricorrere per consiglio al medico. Solo allora cominciano le tardive confidenze sugli ostacoli che le donne provano nell'emissione dell'urina, e sui disturbi vescicali in genere che le mettono in allarme, perchè protratti al di là dell'epoca del puerperio, nel qual periodo non veniva loro accordata alcuna importanza. Vi si associa l'incessante senso di premito, di pesantezza al basso ventre, e la sensazione fastidiosissima di ripienezza dell'intestino. È costante in queste donne un'abbondante secrezione lochiale, con profuse metrorragie.

L'esame locale constata l'imperfetta involuzione del corpo dell'utero, che pesa sul fornice anteriore e lo deprime. Il collo pure incompletamente involuto si raggiunge solo a stento nel fornice posteriore e forma talora un angolo acuto col corpo, mentre talora è rivolto direttamente verso il sacro. Ad onta della discreta ampiezza del canal cervicale, di solito non riesce facile sorpassare col dito l'orificio interno.

Se per tutti questi casi valga la patogenesi giustamente invocata da mio padre per alcuni (1), non posso garantirlo, perchè non sempre mi fu possibile stabilire con sicurezza la sede della zona d'inserzione placentare. Ho però raccolto anch'io alcuni casi altrettanto dimostrativi quanto quelli di mio padre; e perciò devo ammettere la possibilità di

(1) L. c. p. 144.

una tale insorgenza dell'antiflessione. Sono però anche disposto ad ammettere che in altri casi l'antiflessione patologica trovi la sua causa nella deficiente involuzione dell'utero, nella ritenzione di grossi lembi di decidua, ed in altre circostanze esterne all'utero.

Un metodo di cura sempre di grande efficacia, anche trascorsi dei mesi dal parto, consiste nell'eccitare l'involuzione uterina. Se le perdite sanguigne hanno riacquistato il tipo mestruale, e non sono tanto profuse da richiedere un immediato intervento, se la secrezione non è esagerata, ed i disturbi, quantunque molesti, non sono tali da costringere la donna a letto, io comincio coll'amministrare la segale (per 3 giorni di seguito un grammo al giorno, da prendersi in tre ore) e l'estratto fluido di hydrastis canadensis (1) (4 volte al giorno 15 goccie) o l'idrastinina (0,10 in pillole) (2), e col far fare delle irrigazioni vaginali a 50°: procuro una opportuna regolarizzazione delle funzioni digerenti, e alla sera faccio fare dei semicupii con decozioni di corteccia di quercia. Per lo più i disturbi scompaiono rapidamente e per sempre sotto questa cura.

Se l'utero resta grosso e flaccido, la secrezione profusa; se le emorragie non cessano, e continuano pure il dolore ed i premiti, allora si deve procedere al raschiamento del cavo uterino, che deve del resto essere fatto senz'altro nel caso di profuse emorragie. Anche senza far precedere la dilatazione, torna facile l'introdurre il cucchiaio, e, dopo il raschiamento, far seguire una iniezione di percloruro di ferro. Sia per togliere l'eccesso del percloruro, sia per eccitare energicamente le pareti uterine, io faccio seguire l'iniezione di acqua calda a 50°, prima per breve tempo nella cavità uterina, poi contro i fornici vaginali, finchè per la cambiata consistenza non si riveli l'insorgenza di una contrazione. Durante l'irrigazione si può esercitare una specie di massaggio sull'utero comprimendolo fra la mano esterna e quella che è in vagina. Insistendo sull'uso della segale e suoi preparati, sui semicupi e sulle irrigazioni calde si può contare su una involuzione completa.

β) Retroversione e retroflessione.

Lo spostamento e l'incurvamento del corpo dell'utero all'indietro hanno ben altra importanza che non l'antiversione e antiflessione. Mentre in queste ultime non si ha che una esagerazione dei rapporti normali, nel primo caso l'asse dell'utero assume una curva affatto contraria alla norma. Certo sarebbe giustificato, da questo punto di vista, il designare come patologiche tutte le retroflessioni, e, come tali, sottoporle a cura. A questa conclusione però io non posso arrendermi completamente. Seb-

(1) Schatz — Naturforscher-Versamml. Freiburg 1883. Archiv. f. Gynäk. vol. XXIV.
(2) Czempin. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. XXII.

bene convinto che sia ragionevole il combattere per sè stessa qualunque alterazione patologica, non posso nascondere che più volte mi accade di trovare delle retroversioni e retroflessioni che non erano altro che fatti secondarî, e che non davano per sè alcun sintomo.

È pur d'uopo riconoscere che molte pazienti, venute a noi con vive sofferenze da retroflessione, si trovano completamente guarite dopo che l'utero fu mantenuto per qualche mese in asse mediante il pessario, anche se, tolto questo, l'utero ricade nella retroflessione o nella retroversione. È già da tempo che io non so più decidermi a sottoporre ad una cura questi casi che decorrono senza sintomi, e la terapia locale in una retroversione od in una retroflessione la credo giustificata solo quando riesce evidente il nesso fra le molestie della paziente e l'alterazione di sede e forma dell'utero.

Anche in questa classe di spostamenti io non ammetto una precisa distinzione fra versione e flessione, quale è accettata da varî autori. Parmi che ambedue le forme possano dar luogo a disturbi analoghi, ed ho visto anche con una certa frequenza il passaggio tra versione e flessione come conseguenza di date condizioni, quasi fisiologiche. Per il solo fatto di una forte distensione dell'intestino la versione può mutarsi in flessione, e non ne risulta alcun nuovo incomodo, ma solo, e non sempre, una esagerazione dei già esistenti. In date circostanze l'una e l'altra forma possono decorrere senza sintomi, come possono in altre condizioni dar luogo alle più acerbe sofferenze. Perciò nell'ulteriore esposizione non è mio proposito di differenziare le retroversioni dalle retroflessioni.

1.° *Retroflessioni congenite od acquisite all'infuori del puerperio.* Che possa darsi una retroflessione congenita è provato a sufficienza dai reperti necroscopici di C. Ruge (1) ed altri (2) (fig. 36); però è raro che nelle adulte ci si incontri in uno di questi casi. Tale retroflessione comincia a procurare disturbi solo dopo la comparsa delle mestruazioni: quasi mai le molestie si fanno palesi fin dal primo inizio dell'età pubere. Le pazienti sono in genere di costituzione robusta, e appartengono spesso alle migliori classi sociali: però lo sviluppo genitale si protrae molto in lungo.

Le mestruazioni di solito sono accompagnate da vivi dolori, durano a lungo e portano perciò a perdita abbondante di sangue. Spesso si osservano contemporaneamente disturbi della digestione, con danno delle condizioni generali: la deambulazione è faticosa, specialmente impacciato è il movimento di accavallamento delle gambe. Le pazienti, se maritate, sono sterili.

L'utero è generalmente piccolo con collo lungo e sottile e corpo

(1) Zeitschrift f. Geb. u. Gynäk. vol. I.
(2) Winckel, Trattato p. 337.

piccolo, è cioè conservata la forma tipica dell'utero infantile. Talvolta coll'andar del tempo l'utero ingrossa notevolmente, forse in seguito all'esagerata eccitazione sessuale, forse per l'insorgenza di catarri o di altre malattie, forse infine per gli sconcerti nella circolazione. In tutti questi casi io ho finora trovato l'utero agevolmente mobile, d'onde la possibilità di una cura locale.

Molte volte è difficile stabilire la diagnosi, per la resistenza che le pareti addominali nello stato di virginità oppongono ad una palpazione profonda e ad una rigorosa esplorazione combinata. L'esplorazione rettale non dà risultati migliori di quelli che si ottengono collo spingere in alto il dito, deprimendo i fornici lungo il margine dell'utero, e ricorrendo eventualmente alla narcosi. La sonda, che a partire dall'orificio interno si dovrà introdurre colla concavità rivolta all'indietro, varrà ad assicurare il reperto e a stabilire la sproporzione fra la lunghezza del corpo e del collo.

Fig. 36. — Retroversione congenita.

La prognosi di questa forma di retroflessione congenita non si può dire sfavorevole: si riuscirà non solo ad alleviare i disturbi, ma anche a correggere l'anomalìa di forma.

Anche nella cura di queste forme si dovrà ricorrere più specialmente ai mezzi che favoriscono lo sviluppo generale. In primo luogo si tratta di frenare le menorragie, e spesso tanto la segale che i mezzi analoghi non raggiungono lo scopo. È frequente veder moderate le perdite, appena che l'utero sia ridotto e mantenuto nella sua posizione fisiologica da un semplice pessario vaginale: in altri casi questo non basta, perchè stante la rigidità dei tessuti, si riesce bensì a riportare il collo verso la concavità sacrale, ma il corpo, nonostante ogni cura, ricade ancora all'indietro.

L'angustia delle parti (si tratta spesso di ragazze vergini) e la brevità della rigida parete vaginale anteriore, rendono difficile la riduzione bimanuale dell'utero, che perciò si dovrà attuare colla sonda. Se, dopo portato il collo dell'utero all'indietro, persiste la retroflessione, è indispensabile ridare all'utero una forma normale con un pessario intrauterino, sulla scelta ed introduzione del quale mi sono già occupato nel parlare dell'aplasia dell'utero.

Se l'utero, drizzato nel suo asse dal pessario intrauterino, ricade ancora all'indietro, si potrà con un anello di Hodge (fig. 41) avvicinare il collo al sacro, ed assicurare così una durevole inclinazione anteriore del corpo.

Se però, per un motivo qualsiasi, non si può mettere ad effetto questa cura ortopedica, si farà bene a prevenire le profuse perdite sanguigne con irrigazioni vaginali calde, o con scarificazioni fatte alcuni giorni prima del periodo mestruo. Per guarire la mucosa ammalata resta ancora a tentare il raschiamento e infine la vaginofissazione col metodo di Mackenrodt, di cui parleremo fra poco.

Più di una volta vidi con una cura locale verificarsi, dopo molti anni di sterilità, il concepimento, seguito da gravidanza normale.

Se anche, come in altri casi, la retroflessione non guarisce completamente, però si vedono in progresso di tempo scemare le emorragie, e ristabilirsi un benessere generale coll'opportuno uso degli indicati mezzi, coi più accurati riguardi, ed eventualmente col far ricorso ad appropriate cure idroterapiche.

Lo sviluppo anormale del collo, specialmente nella sua porzione sopravaginale, può associarsi alla retroflessione congenita: anzi, come già si disse, lo si riscontra non di rado anche qui come risultato di un catarro cervicale. Invece non mi è ancora occorso alcun caso in cui un utero primitivamente normale, pel solo fatto di un catarro sia caduto in retroflessione.

2.° *Retroflessione dell'utero gravido.* — Se un tempo, come si desume dalla letteratura sull'argomento (1), la retroflessione dell'utero gravido passava per una complicazione estremamente pericolosa, oggidì se ne ha un concetto assai meno grave. È cosa consolante il poter constatare che i metodi perfezionati di esame e l'attenzione portata sull'argomento rendono assai più facile d'una volta una diagnosi a tempo giusto. È solo in condizioni eccezionalmente sfavorevoli, che al giorno d'oggi il male vien lasciato progredire come accadeva un tempo.

Fra circa 24000 casi ginecologici da me osservati fino al 1889, ho visto 121 casi di retroflessione d'utero gravido, e di essi nessuno offerse un serio pericolo. 27 donne concepirono con una retroflessione congenita; 94 capitarono alla mia osservazione già gravide e con utero retroflesso. Pochi sono i casi in cui si sia verificato il concepimento mentre la donna portava un pessario: più d'una volta il concepimento si avverò soltanto dopo che fu curata e guarita qualche lesione della mucosa, o qualche alterazione dell'utero e dei suoi annessi (2).

---

(1) Nella sua monografia già citata, E. Martin ha accennato principalmente a questi casi gravi.

(2) Vedi Deutsche Med. Wochenschrift 1889 N. 39 — Transactions American Gyn. Society, Boston 1889.

Quasi sempre la retroflessione dell'utero gravido è dovuta al verificarsi del concepimento in un utero primitivamente retroflesso. È vero che la maggior parte dei casi passano inavvertiti al medico, perchè l'utero, senza aver dato sintomi di rilievo, dalla posizione pericolosa nello scavo si eleva spontaneamente nel grande bacino. In tali casi i disturbi per la donna superano di poco quelli, che sogliono accompagnare i primi inizi di una gravidanza normale: più sensibile è il sollievo che prova quando l'utero gravido risale dal piccolo al grande bacino. Prima di questo momento la donna non sospettava alcuna anormalità.

Dei 12 casi sopra citati, 97 giunsero al termine, 24 si sottrassero all'osservazione prima del termine, od abortirono. Delle 97 donne, 8 avevano estese aderenze perimetritiche, che a tutta prima pareva dovessero ostacolare la riduzione. Sorvegliando opportunamente la vescica, e insistendo nel decubito addominale la riduzione riuscì colle solite manovre, e da allora la gravidanza prese un normale andamento.

È relativamente ben scarso il numero dei casi, nei quali vengono in scena i noti fenomeni di incarceramento. L'ostacolo allo spontaneo sollevamento in parte è dovuto alla conformazione anormale del bacino, in parte al rapido sviluppo dell'utero, alle aderenze perimetritiche, a tumori addominali. L'utero, o trovasi retroverso, coll'orificio esterno contro o sopra la sinfisi, senza che il collo si trovi inflesso sul corpo (retroversione dell'utero gravido); oppure il collo è piegato ad angolo acuto sul corpo, ed è quasi schiacciato contro la sinfisi, coll'orificio esterno che guarda in basso: e si può sentire immediatamente dietro la sinfisi il brusco angolo che fa il corpo piegandosi all'indietro (Retroflessione dell'utero gravido).

Fra i sintomi, oltre alla sensazione generica di pienezza nel bacino, ha gran parte la compressione subìta dalla vescica e dal retto. La difficoltà nell'emissione dell'urina, che può spingersi fino alla ritenzione ed alla iscuria paradossa, nei casi di incarceramento piglia così presto il sopravvento sugli altri sintomi, che le pazienti appena si accorgono della stitichezza; eppure l'accumulo delle feci contribuisce assai ad impedire all'utero di elevarsi dal piccolo bacino.

Se non interviene la riduzione spontanea o artificiale, si disegna nell'ulteriore decorso un quadro caratteristico quasi costante. Di regola i disturbi vescicali rendono necessario l'intervento medico fin dal principio della malattia. Se il minaccioso aumento di questi disturbi non reclama il sussidio dell'arte, non tardano a venire in scena doloroso tenesmo rettale e dolori peritoneali diffusi, dovuti alla sproporzione tra la capacità dello scavo e il sempre crescente volume dell'utero. Spesso la donna cerca con vivi premiti di espellere il supposto contenuto del retto.

Ma è appunto la diagnosi, che presenta spesso delle difficoltà rilevanti. Fenomeno caratteristico dell'incarceramento e la disuria. I di-

sturbi vescicali, che vanno grado grado accentuandosi, devono sempre richiamare l'attenzione del medico su questa possibilità, sia che la mestruazione manchi, o che offra anche solo delle irregolarità. In questi casi si sentirà già dall'esterno un tumore notevolmente avvicinato alle pareti addominali: il polo inferiore del supposto tumore sembra spingersi nella profondità del bacino, tanto che riesce assai facile un errore di interpretazione: anzi, nel maggior numero dei casi gravi, riportati nella letteratura, l'errore diagnostico è stato la sorgente delle ulteriori complicazioni. Raccomando perciò caldamente di non accingersi mai ad una esplorazione ginecologica, specialmente in casi di sospetto di un tumore, senza aver premesso l'evacuazione della vescica. Di solito, la donna stessa ci esonera da questa cura colla spontanea emissione dell'urina nei momenti che precedono l' esame. Ma, se l' esplorazione combinata lascia riconoscere una qualche difficoltà all'avvicinamento della mano esterna col dito esploratore, e fa supporre che fra le due mani si frapponga un ostacolo, si dovrà sempre svuotare artificialmente la vescica, affermi o no la donna di aver orinato da poco. A proposito di questi casi raccomando pure con insistenza di far uso di un catetere metallico da uomo, perchè può darsi che la vescica, per lo stato di pienezza del bacino, sia riportata molto in alto, l'uretra sia allungata e fors'anche spostata od occlusa, cosicchè con un catetere da donna o con uno elastico non si riuscirebbe a superare l'ostacolo.

Una volta svuotata la vescica, l'esplorazione combinata ci fornisce di solito un quadro perfettamente chiaro dei rapporti fra collo e corpo sicchè la diagnosi è già in parte assicurata. Il tumore, che si avverte nello scavo, lo riempie in modo da restringere notevolmente il canal vaginale. Spesso si incontra grande fatica nello spingere il dito in alto lungo la sinfisi per arrivare fino sul collo dell'utero; una volta che vi si è giunti, non resta più alcun dubbio sul vero stato delle cose.

In altri casi insorgono contrazioni uterine ed aborto; assai raramente si determina gangrena dell'utero o della vescica e peritonite colle sue conseguenze. Il perineo si fa congesto e tumido specialmente in vicinanza all'ano, fino al punto di minacciare gangrena (1).

Dopo tutto, la prognosi della retroflessione dell'utero gravido non è a ritenersi infausta se non in casi speciali. Nei primi momenti della gravidanza, allorchè l'utero è ancora mobile nel piccolo bacino, essa non ha quasi nessun significato patologico. Quando cominciano a manifestarsi i primi fenomeni di incarceramento, di solito la riduzione è ancora agevole, ed anche i casi di incarceramento più avanzato offrono una prognosi relativamente buona, se si stabilisce in tempo una esatta diagnosi.

La terapia dovrà anzitutto esser rivolta a riportare in alto l'utero

(1) Vedi per la bibliografia E. Martin 1870. — B. S. Schultze, Lageveränderungen 1882.

al di sopra dello scavo. Premessa sempre l'evacuazione della vescica e del retto, nei casi di grande mobilità dell'utero basta di solito far prender alla donna la posizione addominale o posizione latero-addominale (di Sims). In queste posizioni l'utero spesso risale in alto da sè, senza che sia necessaria alcuna manovra diretta su di esso. Se l'utero è abbastanza grosso, tanto che non sia a temere la riproduzione spontanea dello spostamento per una esagerazione della pressione addominale o per la semplice posizione dorsale, non è necessario ricorrere a sostegni di sorta; altrimenti si farà seguire alla riduzione l'uso di un pessario vaginale.

Se l'utero è già tanto voluminoso da far mettere in dubbio la sua riducibilità, io troverei opportuno, specialmente per chi ha poca pratica, e tanto più trattandosi di donne assai sensibili, di tentare ancora in via di esperimento la posizione addominale, o la laterale di Sims, o la genu-pettorale, dopo svuotati il retto e la vescica. Lo svuotamento della vescica ed eventualmente del retto procura di solito un sollievo così marcato alle pazienti da togliere l'urgenza della riduzione. Mi riuscì in tali circostanze di veder ancora compiersi la riduzione spontanea di un utero, che in apparenza sembrava fisso.

Se manca la riduzione spontanea, o se esistono urgenti indicazioni all'immediata riposizione dell'utero, questa dovrà esser tentata manualmente.

Con due dita si spinge sul corpo dell'utero attraverso al fornice posteriore, nella posizione laterale o nella genu-pettorale; non si dovrà spingere in alto il corpo dell'utero lungo la linea mediana, perchè si incontrerebbe un ostacolo nella salienza del promontorio. La pressione dovrà farsi invece in modo da spingere il corpo dell'utero verso una sinfisi sacro-iliaca.

Le manovre di riduzione forzata dànno luogo a serie obbiezioni. È meglio tentare e ritentare la riduzione in diverse sedute, aumentando gradatamente la forza, e ricorrendo in caso alla narcosi: negli intervalli si curerà un regolare svuotamento della vescica e del retto.

Se la riduzione fallisce, le cause ne vanno ricercate non tanto nel volume dell'utero, quanto nelle aderenze che la faccia posteriore del corpo incontra per lo più col fondo dello spazio del Douglas. Però queste aderenze perimetritiche non di rado si allentano sotto l'influenza della gravidanza, cosicchè l'utero, nel suo ulteriore sviluppo, si sottrae alla loro azione, e può risalire in alto: appunto per questo la gravidanza è a buon diritto considerata come il miglior mezzo per curare e vincere simili briglie.

In altri casi le aderenze persistono, e la riduzione dell'utero ne viene definitivamente ostacolata. Nemmeno questi casi possono considerarsi « a priori » come disperati, perchè, per uno speciale sviluppo sacciforme (1) della parete anteriore dell'utero, può formarvisi una cavità

(1) G. Veit. Sammlung klin. Vortr. N. 170.

capace di accogliere il feto fino al suo completo sviluppo, nonostante persista la retroflessione, e la parete posteriore sia fissa (fig. 37). Stando alle informazioni piuttosto incomplete, che si hanno su casi analoghi, il parto può avvenire a termine e normalmente, e nulla si oppone nemmeno ad un decorso normale del puerperio.

Se non si ottiene la riduzione nel modo indicato, ed occorrendo in più sedute, non dovremo senz'altro deliberare l'interruzione della gra-

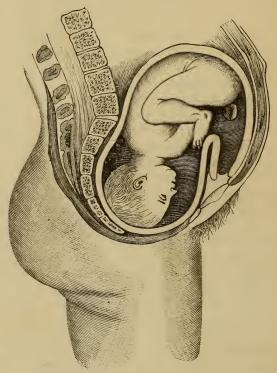



Fig. 37. — Retroflessione dell' utero gravido (da G. Veit).

vidanza mediante puntura dell'uovo attraverso il canal cervicale, o attraverso alla parete dell'utero: piuttosto terremo in attenta sorveglianza le funzioni della vescica e del retto, e vigileremo se compaiono sintomi allarmanti, come forti dolori continui, tumefazione dei genitali, scolo tinto di sangue, o se vi ha tendenza allo sviluppo sacciforme.

La provocazione dell'aborto nei casi di incarceramento di utero retroflesso ed irriducibile, urta in serie difficoltà, perchè spesse volte è cosa assai ardua il penetrare attraverso al collo: P. Müller ha proposto per questo un apposito strumento (1).

(1) Berliner Beitr, z. Geb. und Gyn. Vol. III. p. 67.

Come « ultima ratio » può valere la puntura attraverso al fornice posteriore. Io non ho esperienza personale in proposito, ma, se l'utero è realmente fissato da aderenze fra il corpo e il fondo dello spazio del Douglas, non potrei immaginarmi in qual modo la puntura debba portare con sè inevitabilmente i pericoli che le si attribuiscono. Anche qui la difficoltà, secondo me, consiste principalmente negli ostacoli che, anche dopo la riduzione di volume dell'uovo, si incontrano nel penetrare fino al cavo uterino attraverso al canal cervicale quasi obliterato. In ogni modo lo svuotamento dovrà essere assolutamente completo, perchè è facile prevedere i pericoli della ritenzione e della decomposizione di lembi d'uovo e di secreto lochiale. In un caso di retroflessione d'utero gravido incarcerato in donna osteomalacica, Olshausen (1) ha fatto l'estirpazione vaginale dell'utero.

3.° *Retroflessione puerperale.* — Il maggior numero di retroflessioni ha il suo punto di partenza nel puerperio, sia che si tratti di parto a termine o di aborto. Per l'eziologia di queste retroflessioni, come per quella delle antiflessioni puerperali, si può ammettere siano dovute ad una incompleta involuzione della zona di inserzione placentare situata alla parete anteriore dell'utero, e dei voluminosi trombi, che otturano le ampie bocche vasali, mentre si compirebbe normalmente l'involuzione della parete posteriore non occupata dalla placenta, d'onde la flessione dell'utero verso la parete più breve, la cui involuzione si compì senza ostacoli (fig. 38). Non conviene però essere troppo esclusivi, nè si può negare che la retroflessione possa dipendere anche da una straordinaria floscezza delle pareti uterine, da protratto decubito dorsale della puerpera, da distensione e rilasciamento del pavimento pelvico, da ritenzione di urina, da ripienezza eccessiva dell'intestino.

A. La retroversione e la retroflessione possono venire in scena già fin dai primi giorni del puerperio; i fenomeni, che ne accompagnano la insorgenza, sono allora di solito tumultarii: violenti premiti, bruschi sconcerti vescicali sono fatti quasi costanti: vi si aggiungono forti emorragie.

In tutte le mie osservazioni di tal genere era tanto manifesta l'urgenza del caso, e tanto gravi erano le emorragie e le sofferenze, che difficilmente le donne potevano sopportare questo stato senza chiamare il medico.

La diagnosi, già facilitata dall'anamnesi, non può sfuggire; prescindendo dal fatto che l'utero ancora grosso non si può sentire nel grande bacino, e neppure nello scavo in posizione di antiversione od antiflessione, se ne troverà il voluminoso corpo attraverso al fornice posteriore, e in

(1) Zeitschrift f. Geb u. Gyn XVIII.

molti casi si potrà ancora introdurre il dito nel collo che, incompletamente involuto, è notevolmente spostato all'avanti. Attraverso all'orificio interno si potrà, sebbene non sempre con facilità, raggiungere la zona di inserzione placentare, ed eventualmente le ineguaglianze alla superficie anteriore che trovasi in alto.

Nel maggior numero dei casi analoghi, che io ho veduto, si trattava di incompleto distacco della placenta inserta alla parete anteriore

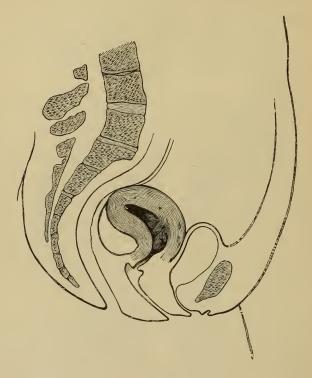



Fig. 38. — Retroflessione dell' utero per incompleta involuzione della parete anteriore.

dell' utero. Solo tre volte io vidi la retroflessione congiunta a spiccata floscezza delle pareti uterine in puerpere d'altronde sane: esse avevano avuto un parto precipitoso: erano tutte e tre primipare e allattavano.

Nei casi di incompleta espulsione della placenta, la terapia consisterà solo nel liberare l'utero e la sua parete anteriore da ciò che ne impedisce una regolare retrazione; perciò, a seconda della pervietà del canal cervicale, si raschierà la zona d'inserzione placentare colle dita o col cucchiaio. Fatto questo, per lo più l'utero, obbedendo alla potente eccitazione, si contrae, e si impiccolisce immediatamente e regolarmente, in ispecie se si fa seguire p. es. una iniezione di acqua calda. Dopo di

ciò la riduzione si fa spesso in modo spontaneo. Se si mantiene l'utero col collo all'indietro attirandone il corpo in alto ed all'avanti, dopo lo svuotamento e l'insorgenza di contrazioni energiche esso rimane in posto; in seguito si stabilisce una normale involuzione e perciò anche una guarigione definitiva senza pessario.

In altri casi, fatto anche un completo raschiamento della parete uterina, non succede l'impiccolimento del viscere, che, appena ridotto, ricade nella posizione di retroflessione. Converrà allora ricorrere anche subito al pessario vaginale, fino dalla prima settimana di puerperio.

Se si tratta soltanto di una anormale floscezza dell'utero, o di uno fra gli altri momenti eziologici indicati, i sintomi locali scompaiono in seguito alla riduzione e successiva applicazione di pessario. Si ripeteranno le irrigazioni calde in vagina, senza spingerle nell'utero, ma solo contro il collo. Trovano pure applicazione le irrigazioni freddissime, i semicupii con decozione di corteccia di quercia, ecc. Della segale e suoi der vati si dovrà in questi casi fare un largo uso.

B. Se i casi di retroflessione puerperale non capitano presto in nostra cura, ma solo dalla 2.ª alla 6.ª settimana, in modo che il dito non può più passare attraverso all'orificio interno per giungere alla inserzione placentare, si dovrà anzitutto cercare di stabilire se esistano altre traccie di ritenzione delle membrane, che si possano rendere responsabili dello spostamento.

Una secrezione decomposta, fetida, l'eliminazione di lembi di caduca, le emorragie, che dopo qualche pausa ripigliano abbondanti, infine l'esagerato volume e mollezza dell'utero accennano alla ritenzione di lembi degli annessi. In tali casi è vivamente da raccomandarsi il raschiamento del cavo uterino.

A seconda della pervietà del collo si penetrerà col dito o col cucchiaio. La floscezza delle pareti, che sono molli e incapaci di resistenza, richiede la massima cautela nell'introduzione di strumenti e nel raschiamento.

L'emorragia si arresta, non appena completato il raschiamento della parete uterina.

C. La maggior parte delle retroflessioni post-puerperali è data da quelle, che si presentano alla cura mesi od anni dopo il parto, (fig. 39 e 40). Le donne, che ne soffrono, hanno per lo più in seguito al parto avuto forti e protratte emorragie, con persistenza di dolori sacrali e di disturbi nella defecazione, che la donna tollerò a lungo non reputandoli d'indole patologica. Solo quando le molestie aumentano, e col deperimento delle forze e col dimagramento si è stabilito uno stato di nervosismo, la lesione genitale diventa oggetto di una cura medica.

È raro che i sintomi siano intermittenti in modo da far ammettere che l'utero cada ripetutamente all'indietro senza cause chiaramente ap-

prezzabili, all'infuori di una denutrizione generale, di una stipsi ostinata, di sforzi anche non eccessivi. Ridotto in posto, vi rimane per un certo tempo in posizione normale, sia spontaneamente, sia per l'uso continuato per un po' di tempo di un pessario, per poi ricadere di nuovo all'indietro, come vidi accadere alla moglie di un collega.

Si trova allora l'utero discretamente involuto, sebbene un po' grosso, non più flaccido; l'orificio è chiuso, e ne geme modica secrezione puri-

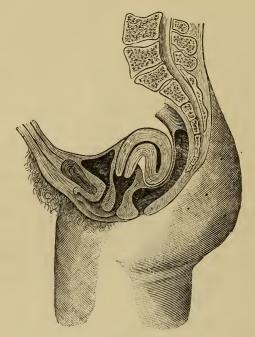



Fig. 39. — Retroflessione dell'utero.

forme dopo la mestruazione, che è sempre abbondante. Il collo a volte non è modificato, altre volte è grosso colle labbra tumide, dalle quali fa ectropio la mucosa tumefatta. Al disopra del punto di inflessione, che è relativamente esile, riposa sul fornice posteriore il corpo modicamente ingrossato.

Il corpo, o forma una linea retta col collo — retroversione —, o, incurvato ad angolo più o meno acuto, giace nel fondo dello spazio del Douglas — retroflessione. — Questi sono i soliti casi di retroversione e retroflessione, che capita di osservare in pratica.

I sintomi, quando la donna si risenta per lo spostamento, derivano di regola dalle abnormi compressioni, che si esercitano sugli organi pelvici. Le pazienti si lagnano di dolori sacrali continui, più o meno vivi, dell'incessante senso di compressione sull'intestino, che fa sì che si rinnovino ad

ogni momento i premiti della defecazione. Frequente e penoso è pure il tenesmo vescicale, e la sensazione di abbassamento e prolasso dell'utero e di tutti gli organi pelvici. Seguono spesso disturbi gastrici, vertigini, nausee, bolo isterico e cefalee. Alcuni sintomi, che si credono dovuti in modo speciale alla retroflessione in sè, quali sarebbero ad es. i fenomeni di compressione sui filamenti nervosi, che decorrono alla superficie anteriore del sacro, d'onde l'impossibilità alla posizione eretta ed alla deambulazione, sono piuttosto da riferirsi, non alla retroflessione

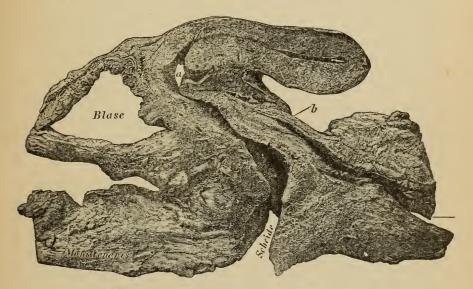



Fig. 40. — Retroversione dell'utero (da Winckel).

ma ad una perimetrite coesistente, che in questi casi ebbe origine durante il puerperio assieme alla deviazione dell'utero.

Un'altra serie di sintomi si collega in molti casi ai disturbi funzionali causati dalla anomalia di sede o di forma. La secrezione della mucosa è accresciuta per l'ostacolato circolo nel sistema vasale ; le mestruazioni sono più abbondanti della norma; l'uscita del sangue è accompagnata da vive coliche, che spesso ne precedono la comparsa.

Talune donne riferiscono di forti dolori nelle coabitazioni ; altre restano sterili finchè dura la retroflessione.

Presso a questi casi, in cui è netto e spiccato il corteo dei sintomi dello spostamento, ve ne è un numero non indifferente, che non sono accompagnati da sintomo di sorta. Solo l' associazione di catarri o di altre malattie, turbando la salute, guida accidentalmente all'esame locale ed alla scoperta della retroflessione.

Con un po' di esercizio nell'esplorazione combinata la diagnosi non

offre alcuna difficoltà; la porzione vaginale è portata all'avanti; il collo, o forma un angolo col corpo, od è diretto coll'orificio esterno verso la sinfisi; non si sente il corpo nel fornice anteriore, ma profondamente nella concavità sacrale. Se le pareti addominali non sono eccessivamente ricche di adipe, si può arrivare colla palpazione nella profondità del bacino, purchè si metta la donna in posizione comoda, col capo basso, le gambe alquanto rialzate, il podice sull'orlo del tavolo d'esplorazione e un po' sollevato. Premendo allora dolcemente dal lato dell'addome, si arriva a sentire il corpo dell'utero nel fornice posteriore. Per la diagnosi non basta aver sentito l'angolo, che può essere simulato da una grossa piega della vagina là ove si inserisce sul collo; si deve sentire il corpo stesso sopra il fornice vaginale posteriore. Se non si arriva col dito esploratore a limitare con sufficiente sicurezza il fondo, potremo aiutarci in diversi modi. Talvolta vi si giunge facilmente coll'esplorazione rettale, sempre che la mano esterna faccia da controllo. Se neppure dal retto non si arriva sul fondo, io trovo utile spingere il dito nel fornice laterale, lungo uno dei bordi dell'utero; di qui si può spesso raggiungere l'angolo, e sentire il corpo fra le due mani. Altrimenti non resta che l'esplorazione nella cloronarcosi.

Restano talora dei dubbî sulla natura di ciò che si sente dietro il collo, potendo sembrare che vi si trovi un tumore, e solo al di sopra di esso il corpo dell'utero: però, con un po' di pazienza e d'esercizio e ricorrendo ai mezzi descritti, si riesce ad isolare l'utero. Il controllo definitivo, in ultima istanza, vien fornito dalla sonda.

È inoltre frequente il trovare in questi casi una tumefazione piuttosto accentuata del corpo e del collo, e specialmente delle labbra; la mucosa, tumida in tutto l'utero, fa sporgenza in forma di ectropion all'orificio uterino esterno. È raro invece che sotto l'influenza di un utero retroflesso, anche non gravido, si abbia infiltrazione ed edema del pavimento pelvico, che appare allora rammollato e perfino di tinta pavonazza.

Riguardo alla terapia, la mia opinione è che si debba intervenire sempre, quando l'utero retroflesso cagiona dei disturbi, ed astenersi da ogni intervento locale, quando la retroversione o la retroflessione non sono che un reperto accidentale, e non sono collegate nè con sintomi subbiettivi, nè con lesioni anatomiche. Tengo appunto nota nei miei registri di una serie di donne, nelle quali esisteva una retroflessione senza alcun disturbo, che si potesse riferire allo spostamento; ed in questi casi io mi astengo da ogni cura ortopedica.

Fra i sintomi, che reclamano una cura noto:

1.° Fenomeni di compressione da parte degli organi vicini.

2.° Disturbi della mestruazione.

3.° Alterazioni nella costituzione e funzione della mucosa o della muscolare.

4.° Disturbi, che si riferiscono al concepimento.

Se la retroflessione è causa di sofferenze, l'utero dovrà essere ridotto nella sua posizione normale, e possibilmente dovrà esservi mantenuto. Appunto per questo è di molta importanza l'avere un concetto chiaro dell'esito, che possiamo nei singoli casi riprometterci da una cura ortopedica. Un vantaggio si avrà solo quando l'utero è mobile, e può essere ridotto alla sua posizione normale senza rottura di eventuali aderenze.

Se la retroflessione esiste come complicanza di una perimetrite, è sommamente da raccomandarsi di lasciar in pace l'utero e limitarsi alla cura della perimetrite. Se indicazioni urgenti sono fornite dalla complicanza, è permesso un prudente tentativo per ottenere qualche miglioramento, agendo sulla mucosa o sulla muscolare: si tratterà al più di fare un raschiamento o di amputare una porzione di collo; l'applicazione di un pessario è sempre da consigliarsi.

La cura ortopedica consta di due tempi:

1.° ridurre l'utero retroflesso in posizione normale;

2.° mantenerlo ridotto.

1.° La riduzione si cercherà anzitutto di ottenerla col metodo bimanuale. Nel decubito dorsale, sul fianco, sull'addome, o nella posizione genu-pettorale, si impiegano due dita per rialzare il corpo dell' utero attraverso al fornice vaginale posteriore od al retto: la mano esterna lo afferra poi dall'alto, e lo attira in avanti, mentre le dita, situate in vagina, cacciano indietro il collo. Se colle dita non si giunge a spostare il collo, si può spingere all'indietro il muso di tinca, afferrandolo con una pinza uncinata (1). Solo quando dal fornice anteriore si sente il corpo riposare sulla parete anteriore della vagina, e il collo portato ben all'indietro, si potrà ritenere completa la riduzione.

Quando non mi riesce di compiere facilmente la riduzione bimanuale, io ricorro volontieri alla comune sonda rigida. La introduco nel solito modo fino all' orificio interno, imprimo al manico un movimento ad arco di cerchio assai largo, in modo che la concavità guardi all'indietro, e lascio così scivolare la sonda nell'utero retroflesso. Non è esatto che basti questa manovra a spostare l'utero, come molti credono: si può introdurre la sonda nel corpo senza smuoverlo gran che, mentre piuttosto il collo viene spinto fortemente all'avanti. Poi io giro di nuovo la sonda, muovendo il manico ad ampio arco davanti ai genitali, fino a ricondurre la concavità in avanti, e rialzo il corpo quasi col solo peso del manico della sonda, o con una leggerissima pressione sul manico, mentre un dito spinto contro all'orificio uterino fa da punto d'appoggio alla sonda, e ciò finchè il manico sia portato affatto all'indietro, e il bottone

(1) Küstner, Centr. f. Gyn. 1882 N. 28.

della sonda perciò sia all'avanti. Coll'esplorazione bimanuale allora mi accerto della normale posizione dell'utero. Non importa se con questo modo di riduzione scorre qualche goccia di sangue; sarà bene metterne sull'avviso la paziente.

Finora abbiamo supposto che l'utero goda di piena mobilità. Le aderenze, che si oppongono a questa mobilità, per lo più residui di perimetriti di antica data, si lasciano talvolta riconoscere all'estrema sensibilità, già prima che siasi fatta una vera manovra di riduzione; ed alla riduzione si dovrà in questi casi rinunciare. Se però i residui sono molto limitati e permettono all'utero un certo grado di mobilità, si fanno palesi spesso solamente nell' atto in cui si sta rialzando l' utero.

Fig. 41. — Pessario di Hodge per la retroflessione.

2.° Ridotto l'utero, ci troviamo di fronte al secondo compito della terapia, quello di fissare e mantenere l'utero nella sua normale posizione.

Non è qui mia intenzione di descrivere gli innumerevoli apparecchi, che furono raccomandati per fissare l'utero nella sua posizione normale. Io mi servo quasi esclusivamente dell' anello di Hodge (fig. 41), composto di filo di rame rivestito di gomma, oppure di gomma indurita, nelle sue diverse grandezze da 6 a 12 cent. Questi pessarî sono facili a tenersi puliti, sono comodi e sicuri nell'introduzione e nella rimozione; devono venire scelti naturalmente a seconda dell' ampiezza della vagina, e foggiati nella curva opportuna. Io voglio che l'anello nel suo arco anteriore e più stretto presenti un'inflessione, perchè altrimenti, come ebbi spesso ad osservare, ne viene molestata l'uretra. L'arco più ampio deve essere portato in alto ed all' indietro.

L'azione dell'anello è quella di spingere in alto il fornice posteriore per mezzo dell' arco posteriore, di inflettere perciò i legamenti utero-sacrali e di ravvicinarne i punti estremi. Con ciò il collo vien stirato in alto, e tutto l'utero vien fissato nella sua posizione normale. Perciò l'azione di questo anello si spiega non direttamente sull'utero, ma sui legamenti utero-sacrali. Se il pessario riesce a deprimere il fornice posteriore, lo si deve al punto d'appoggio che l'arco anteriore trova contro la parete anteriore della vagina.

Per l'introduzione del pessario si procede nel modo seguente: ridotto l'utero, si afferra il pessario, bene unto, in modo che le branche laterali *a* e *b* siano comprese fra il pollice ed il medio; l'indice copre l'interno dell' anello e tocca colla punta l'arco *c*: il pessario così afferrato si pone di fronte all'ostio vaginale coll'arco *c* nella direzione della

rima vulvare. Allora si preme l'anello contro l'ostio, deprimendo coll'angolo *bc* la commissura posteriore, che è più cedevole e meno sensibile dell'anteriore, finchè lo strumento possa penetrare coll'arco *c* in vagina. Allora lo si dispone di traverso nella vagina, cosicchè l'arco *c* si mette orizzontalmente nel fornice posteriore, dove viene spinto dietro il collo. Questo rimane cosi abbracciato nella finestra dello strumento, mentre l'estremo anteriore del pessario si pone in contatto colla parete anteriore della vagina, press'a poco all'estremo superiore del suo terzo inferiore. Non si dovrà mai lasciare in sito un pessario ed abbandonare la donna

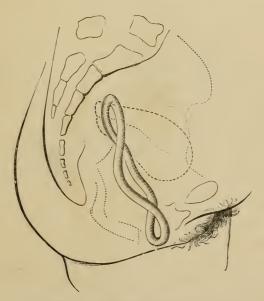



Fig. 42. — Pessario di Schultze a cifra otto.

prima di essersi ancora una volta accertati della opportuna posizione dell' utero mediante l'esplorazione combinata o la sonda.

Il pessario può venir lasciato in posto durante la mestruazione; non impedisce nè le coabitazioni, nè il concepimento; per mantenere la pulizia bastano due lavature vaginali al giorno con una soluzione all'uno e mezzo $^0/_0$ di acido fenico o di lysol od altra soluzione disinfettante. L'anello può restare in posto per 3-6 mesi; in questo frattempo di solito il rivestimento di gomma assume un colore biancastro sotto l'azione delle secrezioni, ma se si hanno le debite cure non puzza, specialmente se la secrezione è normale.

Questi pessarî finora mi sono bastati, e, all'infuori di qualche caso affatto isolato, ho con essi raggiunto completamente l' effetto voluto.

I pessarî di Schultze sono pure anelli di gomma o di celluloide: ve

ne è una forma foggiata a cifra otto, con una finestra più grande ed una più piccola. La più grande si colloca in avanti, la più piccola sta all'indietro, ed in essa si deve immettere il collo (fig. 42). Perciò anche questo pessario non rinuncia all'azione sui legamenti utero-sacrali, ma rende più efficace questa azione, riportando nello stesso tempo il collo all'indietro. Il pessario di Schultze può essere introdotto e rimosso dalla donna stessa. Del suo uso io ho solo un'esperienza negativa, essendo

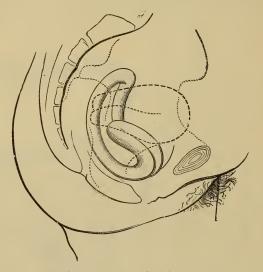



Fig. 43. — Pessario a slitta di Schultze.

stato accidentalmente chiamato a rimuovere taluno di questi strumenti introdotto da altri.

L'altro pessario di Schultze è riprodotto nella sua forma e nel suo modo d'azione nella fig. 43.

L'anello di Hodge ripara in gran parte ai disturbi provenienti dalle retroflessioni. E specialmente si vedono dissiparsi rapidamente dietro l'uso del pessario quelle malattie della mucosa e del parenchima del collo, che si mantenevano ribelli alla cura, finchè persisteva la deviazione. Però alla domanda, se l'utero così sostenuto rimanga nella posizione normale, con guarigione duratura della retroflessione, si deve pel maggior numero dei casi rispondere negativamente (1). È solo in casi limitati che si vede l'utero conservare la sua normale posizione di an-

(1) Mundé (Amer. Journal of. obst. Ottobre 1881) e Löhlein hanno raccolto le loro osservazioni sull' argomento. Per la discussione sulla comunicazione di Löhlein, vedi gli atti della società ost. gin. di Berlino nel 1882 (Zeitsch f. Geb. u Gyn. VIII. p. 102), da ultimo E. Fränkel. Naturforscherversammlung 1886, Berlin.

tiflessione anche dopo tolto il pessario. Per lo più il pessario vien tolto, perchè l'utero è in asse e i disturbi sono cessati: oppure è la donna stessa che si è tolto o smarrito l'anello, e non crede più necessaria la cura medica sentendosi di molto migliorata. E relativamente limitato il numero delle pazienti, specialmente della pratica policlinica, su cui si possa esercitare un efficace controllo per tutto il tempo in cui resta in posto l'anello, e per un sufficiente periodo consecutivo.

Presumibilmente però non superano il 25 % i casi di completa guarigione: eppure quasi tutte le pazienti si dicono guarite. La spiegazione va cercata nel fatto, che non sempre la flessione è causa per sè di disturbi, e che piuttosto i sintomi dipendono da complicazioni intercorrenti, le quali non guariscono finchè alla retroflessione non siasi posto riparo, almeno temporaneamente. Guarito il catarro, e cessata la tumefazione dell'utero per stasi, può darsi che l'utero funzioni in modo normale, nonostante l'anomala posizione, finchè forse una nuova complicazione rende ancora necessaria per un po' di tempo l'applicazione di un pessario.

Io sono dell'avviso che nelle retroflessioni, prima di tutto, bisogna indagare minuziosamente lo stato dell'utero e dei tessuti vicini: le malattie degli annessi, le perimetriti, le salpingiti, coi loro reliquati, che troppo facilmente si trascurano, costituiscono una stretta controindicazione ad ogni cura immediata ortopedica. Prima di tutto bisognerà rivolgere la cura contro queste malattie, e, nel caso che i disturbi persistano anche dopo la loro guarigione, allora solo sarà del caso di tentar la cura ortopedica della flessione. Se l'utero è mobile, ogni molestia, che dipenda dall'alterata forma e posizione richiede la riduzione e il pessario. Quando però i sintomi sono scomparsi, e la consistenza, le funzioni dell'utero sono tornati alla norma, non si dovrà protrarre indefinitamente la cura col pessario, ma si lascerà di tempo in tempo la paziente a sè, cioè senza anello, sia poi guarita o no la flessione. Se allora le molestie non si riproducono, si desiste da ogni ulteriore cura ortopedica: se invece si ripresentano, si torna all'anello. Solo nel caso che, pur mancando ogni molestia, si creda di trovare nella retroflessione un impedimento al concepimento, si porrà, in via di prova, un pessario. Se si verifica gravidanza, dopo il quarto mese non è più a temersi il riprodursi della flessione, e perciò si può rimuovere l'anello. Se non si verifica il concepimento, nulla si oppone a che si protragga l'uso del pessario, finchè non ne derivano danni.

Nelle forme, del resto rare, di retroflessione, nelle quali l'utero col collo non segue alla trazione dei legamenti uterosacrali, il pessario di Hodge è insufficiente; così pure nei casi di brevità congenita o acquisita della parete vaginale anteriore; infine nei casi, in cui l'utero da processi infiammatorî è reso così rigido e retratto nella sua parete, che

una trazione sulla parete posteriore del collo non basta a mutarne senz'altro la posizione.

In tali casi estremi fu già tentato di raddrizzare l'utero con pessarî intrauterini per sostenerlo poi con un anello di Hodge. Ancor più in là si proponeva mio padre di andare col così detto pessario a molla, da lui applicato in un numero limitato di casi; un bastoncino d'avorio, collegato a un disco di legno di bosso, mediante articolazione mobile in un sol senso. Il bastoncino vien portato nella cavità uterina, e, ruotato il disco, impedisce all'utero di ricadere all'indietro. I risultati ottenuti con questo strumento erano realmente soddisfacenti, ma i disturbi e gli incomodi da esso causato impedivano che lo si usasse di frequente. Si è fatto rimprovero a mio padre di aver dato le sue preferenze a questa foggia di pessarî: ciò non è giusto. Egli fece largo uso degli anelli di Hodge, dopo aver usato pessarî di gomma indurita a ferro di cavallo: i pessarî a molla non li usò che in un numero molto ristretto di casi.

Gli insuccessi dei pessarii e le molestie da essi determinate hanno già suggerito da molto tempo il tentativo di una cura operativa della retroflessione. Prescindendo dai tentativi che si proponevano di fissare la portio al fornice posteriore, e che dovevano essere seguiti fatalmente da insuccesso per la mancanza assoluta di resistenza nel punto di appoggio cercato, noi abbiamo una quantità di piani operativi, che rispondono a diversi modi di vedere.

Un gruppo di operazioni cerca di ottenere la posizione normale dell'utero coll'agire sui legamenti. Alexander (1) propose l'accorciamento dei legamenti rotondi, Freund quello dei legamenti sacro uterini (2).

Il procedimento di Alexander ha trovato in Germania pochi imitatori, avendosi poca fiducia nell'azione dei legamenti rotondi in causa del frequente loro difetto di sviluppo. Consiste questo procedimento nel mettere allo scoperto i due anelli inguinali esterni. Le estremità dei legamenti rotondi vengono stirate all'infuori, se ne excide un tratto, e i monconi si assicurano con suture ai tessuti circostanti.

Sul metodo di Freund finora non ha riferito che Frommel. (3) Consiste nell'apertura del peritoneo e successiva sutura dei legamenti uterosacrali lateralmente e contro al sacro.

Stratz (4) ha pure spostato il collo verso il sacro, associando ad una colporrafia posteriore la resezione di un tratto della tasca del Douglas.

---

(1) Alexander, The treatment of backward displacements of the uterus and of prolapsus uteri, by the new methode of shortening the round Ligaments, London 1884. — Doléris, Traitement opèrat, ecc. Nouvelles archives d'obst. et de gynéc. 1886, poi 1889 e 1890. — Werth. Verhandlungen des III Congresses d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn. 1889.

(2) Verh. des III. Congr. d. deutsch. Ges. f. Gyn. 1889.

(3) Centralbl. f. Gyn. 1890, N. 6.

(4) Zeitschrift. f. Geb. u. Gyn. XXI.

L'incostanza dei legamenti rotondi, che ho sempre cercato di constatare nelle mie laparatomie, mi ha finora tenuto lontano dal metodo di Alexander.

Quello di Freund mi sono convinto che non si possa eseguire, ogni volta che in laparotomie per altre indicazioni ho cercato di spingere all'indietro il collo fin contro al sacro.

Un altro gruppo di operazioni si propone di mantenere l'utero in antiversione, fissandone il fondo alle pareti addominali. La prima proposta di Olshausen (1), sutura dei legamenti rotondi colla parete addominale nel loro punto di inserzione sull'utero, è stata il punto di partenza ad una serie di tentativi. Sänger (2) opera secondo i suggerimenti di Olshausen (3). Czerny (4) e Leopold (5) propongono di far passare i fili attraverso al fondo dell'utero (6).

Io, come molti altri prima di me, nel praticare laparotomie per altre indicazioni, avevo cucito l'utero nella ferita addominale, specialmente nelle enucleazioni di miomi, e, secondo la proposta di E. Martin, nel taglio cesareo.

Per guarire delle retroflessioni mobili, coerente al mio scetticismo riguardo all'importanza delle retroflessioni, ho trovato molto raramente indicato l'atto operativo (7). Per retroflessioni completamente mobili ho operato solo 4 volte: su uteri liberati dalle loro aderenze perimetritiche 31 volte: 8 volte in seguito ad enucleazioni di miomi. I risultati remoti non sono dei più brillanti. Nello spazio di 1-4 anni le connessioni dell'utero colla parete addominale subiscono una tale distensione che l'utero rimane libero: 7 volte l'utero ricadde in retroflessione, persistendo, dopo come prima, la perimetrite: nelle altre donne rimase in antiflessione. Del resto la maggior parte delle donne rimase liberata per sempre dalle sofferenze preesistenti.

Un terzo gruppo di progetti operativi propone di agire per la via della vagina.

Schcüking (8) fissa il fondo dell' utero sul fornice vaginale anteriore con un punto di sutura, che dalla cavità uterina viene a trapassare il fondo e a fuoriescire dal fornice.

---

(1) Centralbl. f. Gyn. 1886, N. 46.

(2) Centralblatt f. Gyn. 1888. N. 2 e 3, 1891. N. 6.

(3) Beitr. f. Klin. Chirurgie IV.

(4) Volkmann's Sammlung Kl. Vortr. 333.

(5) Centralbl. f. Gyn. 1891, N. 16.

(6) Kleinwächter, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXI. — Kelly, J. Hopkins Hosp. Reports 1891-92.

(7) Bericht d. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. XIX.

(8) Centralbl. f. Gyn. 1889 N. 12; 1890 N. 8; 1891 N. 13. — Zweifel. Centralblatt f. Gyn. N. 39. — Klotz, Centralbl. f. Gyn. 1891 N. 4.

Dührssen (1) consiglia di aprire in direzione trasversale il fornice anteriore, scollare la vescica, poi, senza mettere allo scoperto tutto il campo operativo, suturare il corpo alla vagina. Non posso accettare nè l'uno nè l'altro di questi procedimenti, perchè mi pare un vero regresso nella tecnica delle operazioni ginecologiche quello di applicare delle suture sul fondo dell'utero e sul fornice senza il controllo della vista. Il numero delle lesioni prodotte in organi vicini dimostra la scorrettezza del procedimento.

Molto migliore mi pare invece il metodo di fissazione vaginale del Mackenrodt (2). Egli pratica sulla parete anteriore della vagina una incisione longitudinale, che da circa 11 $^1/_2$ cent. sotto il meato urinario si spinge fino alla portio; scolla la vescica dalla vagina, e la respinge in alto sul collo, assicurandola con molti punti di catgut, che raccolgono la base della vescica posta allo scoperto. Poi egli passa alcuni fili (argento, filo di Firenze, seta) attraverso alla parete vaginale e alla parete anteriore del corpo e del collo dell'utero, in modo da suturare l'utero alla parete anteriore della vagina.

Una sutura superficiale in catgut chiude la restante ferita vaginale. La vescica ricacciata in alto non è disturbata dall'utero, il quale resta solidamente fissato in avanti. Mackenrodt ha visto dopo l'operazione verificarsi anche delle gravidanze e dei parti normali, senza che l'utero perdesse la sua posizione. Anche delle mie operate, due sono già rimaste gravide.

Questo modo di porre allo scoperto la parete anteriore dell'utero permette anche, occorrendo, di escidere un cuneo dal tessuto uterino, se rigido e apparentemente inflessibile, in modo da incurvare l'utero in avanti prima della fissazione vaginale.

La mia esperienza su questo procedimento (49 casi) dimostra che in questo modo si può fissare in avanti in modo sicuro e durevole l'utero mobile. Se esistono aderenze perimetritiche, nella maggior parte dei casi non tarda, come dopo la ventrofissazione, a venire in scena una recidiva.

Quando ai risultati remoti, e specialmente in rapporto alla gravidanza, non si potrà decidere che in base ad un materiale molto più abbondante, e con un periodo di osservazione più lungo.

Io ritengo che questi metodi debbano trovare la loro applicazione solo in quelle forme di retroflessione, che dànno sintomi gravi, e queste forme, almeno stando al materiale, di cui dispongo, sono molto rare.

Un altra via per guarire le retroflessioni è quella battuta dai partigiani del massaggio. Si vuole col massaggio del fornice posteriore e

---

(1) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXIV.

(2) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXIV, Deutsche med. Wochenschrift, 1892 N. 2.

dei legamenti utero-sacrali assicurare in modo permanente la posizione normale dell'utero (1). Mi mancano osservazioni personali sui risultati definitivi: in complesso pare che questo metodo dopo una accoglienza entusiastica sia caduto un po' in discredito.

I casi di complicazione di perimetrite e retroflessione dànno luogo a indicazioni speciali, che verranno discusse al capitolo della perimetrite.

II. — Descensus e prolasso dell'utero e della vagina.

Il prolasso degli organi genitali di solito è conseguenza di alterazioni nei rapporti anatomici fra le singole parti del pavimento pelvico.

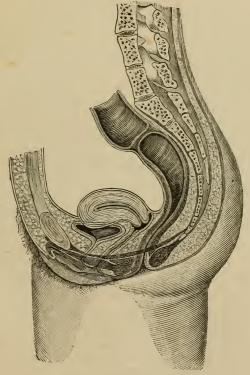



Fig. 44. — Pavimento pelvico.

Se l'angusta fessura, da cui è rappresentata la vagina nello spaccato alla fig. 44, si dilata, e se vengono allentati i mezzi di connessione fra

(1) Thure Brandt. Nouvelle méthode gymn. et magnét. pour le traitement des maladies des organes du bassin et principalement utérines. Stockolm 1886. — O. Bunge, Berlin. Klin. Wochenschrift 1882, N. 25. — Arndt, ibidem 1891. N. 27 e 28.

i singoli strati delle parti molli del bacino, questa fessura si muta in un canale beante, circondato da tessuti cedevoli e rilasciati. Le pareti stesse del canale si immettono nel suo lume beante: i tessuti posti al disopra, privati del loro appoggio, seguono la legge di gravità, e cadono verso il canale, e ciò tanto più facilmente, quanto più aperto si fa l'angolo tra l'asse longitudinale dell'utero e l'asse della vagina. Il rilasciamento di tessuti e di legamenti, che erano tanto saldi nello stato virgineo, per lo più si verifica in seguito al parto, e perciò il maggior numero dei casi di prolasso si collega ai processi puerperali. È raro che in altro modo, per malattie o per neoformazioni, si determini un rilasciamento di tessuti, con sporgenza delle pareti del canal genitale.

Il rammollamento del pavimento pelvico, che si determina in gravidanza, e le conseguenti durevoli mutazioni degli organi genitali, vengono poi sensibilmente aggravati dalla forte distensione e dalle lacerazioni frequenti, siano poi alla superficie o nella profondità dei tessuti, ma specialmente dall'aumentato peso dell'utero e dai mutamenti, che subisce il pavimento pelvico nel puerperio.

In special modo merita di attirare la nostra attenzione il rapidissimo riassorbimento di discrete quantità di quel tessuto adiposo, che stendesi fra i singoli strati del pavimento pelvico. Quella involuzione del tessuto connettivo di sostegno, che fu constatata da Mackenrodt (1), mi sembra una conseguenza fisiologica inevitabile del puerperio, ma non posso attribuirle una influenza preponderante. Sia che la colpa spetti all'involuzione dei genitali in genere, o ad una grave malattia generale per lo più d'indole settica, complicante l'involuzione, o all'insufficiente nutrizione nel periodo puerperale, — è frequentissimo il vedere verificarsi appunto in questa regione una comeleta scomparsa dell'adipe. Anche senza di ciò l'involuzione del pavimento pelvico, che fu notevolmente disteso, viene disturbata dalla inopportuna azione della pressione addominale, come accade tanto spesso, quando si trascurano le regole igieniche nel puerperio, quando la donna non solo deve essa stessa occuparsi di ogni cura al proprio bambino, ma anche è costretta a lavorare pel sostentamento della famiglia.

Accade che la forte natura della donna resista per lungo tempo a queste dannose influenze, le cui conseguenze si fanno palesi nella loro pienezza solo dopo ripetute gravidanze, o dopo che la costituzione fu minata dalla miseria, dal lavoro, o da malattie intercorrenti. Spesso la scomparsa dell'adipe e l'atrofia dei tessuti propri della senilità diminuiscono in questa fase della vita la coesione dei diversi organi; il descensus, che data già da tempo, nell'età critica diventa prolasso. Anche in donne nullipare e sane in questo periodo si può vedere manifestarsi un prolasso.

---

(1) Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. Berlin 11 Nov. 1891. — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXV.

Analogamente agiscono talune malattie esaurienti, ad es. la tubercolosi, la dissenteria, la sepsi, l'esistenza di neoformazioni maligne anche all'infuori dei genitali. Assieme al prolasso, per la stessa causa, si trova spesso anche il rene mobile.

Fra le alterazioni dei visceri pelvici disponenti al prolasso voglio qui ricordare soltanto i cambiamenti di posizione e di forma dell'utero, la retrofiessione, la retroversione, l'ipertrofia del collo e del corpo, in

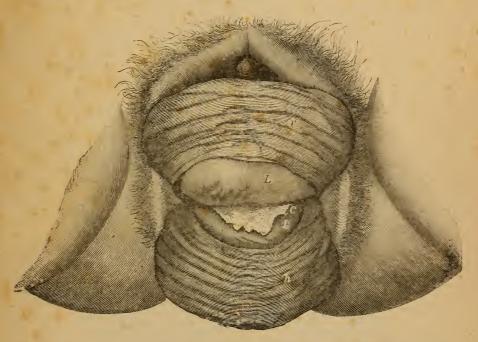



Fig. 45. — Prolasso delle pareti vaginali e del collo dell'utero — r. parete anteriore della vagina — h. parete posteriore — l. labbra del collo — c. mucosa cervicale.

cui l'utero voluminoso coincide col suo asse longitudinale con quello della vagina, e determina così l'inversione del tubo vaginale.

Una retroflessione spiccata del resto può valere piuttosto come una garanzia contro il prolasso, giacchè il corpo dell'utero trova un sostegno sul fondo della tasca del Douglas cacciato in basso da questo peso. Una procidenza per lo più parziale può aversi per le neoformazioni delle pareti vaginali, per tumori del bacino, che premono in basso l'utero, e per essudati pelvici. Una inversione completa si incontra talvolta dovuta a esagerata pressione dall'alto, per sviluppo di neoplasmi o di versamenti liquidi copiosi nel cavo addominale, come pure per neoformazioni uterine o vaginali, che sporgono dall'ostio vaginale, e, stirando in basso il canal genitale, possono arrovesciarlo.

Un notevole rilasciamento del pavimento pelvico e delle pareti vaginali può essere causato anche dalla masturbazione, dagli stenti e dalla deficiente alimentazione in donne, che sieno costrette a troppo faticoso lavoro.

Patogenesi. — Di regola si vede sporgere dalla rima vulvare beante, e solitamente rotta nella sua continuità per un'ampia cicatrice alla commissura posteriore, il segmento inferiore della vagina, che forma una rilevatezza irregolare bitorzoluta (descensus della vagina). Osservando più

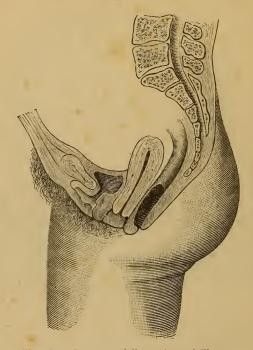



Fig. 46. — Descensus della vagina e dell'utero.

attentamente, vi si riconosce la parete anteriore della vagina, dietro ad una massa che corrisponde al tubercolo uretrale ipertrofizzato (fig. 45). Al disotto di questa salienza se ne vede sporgere un'altra, che appartiene alla parete vaginale posteriore. È raro che si osservino sporgenze laterali in piccolissima estensione fra le rilevatezze formate dalle pareti anteriore e posteriore. L'utero per lo più è sceso in basso, e si è portato col suo fondo verso la concavità sacrale, mettendosi col suo asse lungo l'asse della vagina, sia in seguito alla discesa o ad una retroversione del corpo dell'utero. Talvolta esso arriva a far capolino alla rima vulvare fra le pareti estroflesse della vagina (fig. 46).

Da questo stadio iniziale si svolgono le diverse forme del prolasso.

1.° La parte, che più di frequente fa sporgenza nel lume della vagina, è la metà inferiore della parete vaginale anteriore (prolasso della parete vaginale anteriore).

Anche dopo il parto il corpo dell'utero antiverso continua ad op-

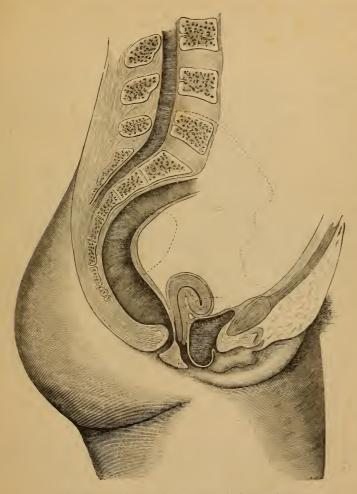



Fig. 47. — Prolasso della parete vaginale anteriore.

porre ostacoli alla distensione della vescica. Se questa non riesce a distendersi agevolmente verso l'alto, spingerà in basso verso il lume della vagina la parete anteriore, che per lo stato di rilassamento in cui trovasi è assai disposta a lasciarsi distendere. Se poi per svuotare la vescica si fa necessaria una esagerazione della pressione addominale, questa pressione avrà per conseguenza uno spostamento della vescica in

basso verso la vagina. Persistendo l'effetto dannoso di questi momenti, sarà sempre più considerevole il tratto di parete vaginale, che viene a sporgere dalla rima vulvare; tanto più se il perineo, distrutto per una lacerazione della commissura vulvare e del setto rettovaginale, non presenta più un punto d'appoggio alla parete anteriore. Più tardi, resa completa l'extroflessione della parete vaginale anteriore col tubercolo uretralo, l'uretra resta pure stirata in basso e piegata ad angolo a livello

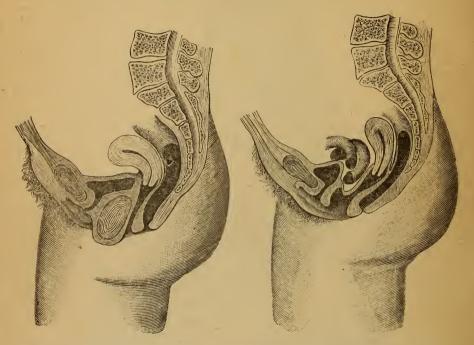



Fig. 48. — Prolasso della parete vaginale anteriore per tumore cistico della vagina.

Fig. 49. — Prolasso della parete anteriore con enterocele vaginale anteriore.

del suo orificio interno; la vescica può immettersi in gran parte nella porzione di parete vaginale, che fa procidenza. È ben raro che con una procidenza così accentuata l'utero rimanga in posizione normale: per lo più esso segue la discesa della vagina.

Una forma perfettamente analoga a questo prolasso della parete vaginale anteriore io l'ho riscontrata in casi di cisti o tumori della grossezza quasi di un arancio, situati fra la vescica e la vagina (fig. 48).

In questi casi giunsi a delimitare esattamente il tumore, dopo aver fatto la dilatazione dell'uretra: la vescica era al suo posto, al pari dell'utero.

2.° Il terzo superiore della parete vaginale anteriore (fig. 49) è ben raro che venga isolatamente spinto in basso da anse intestinali, che si

cacciano tra la vescica e l'utero. Un simile prolasso anteriore superiore della vagina con enterocele vaginale anteriore, analogo al caso constatato da E. Martin all'autopsia (1), fu da me visto in una paziente della policlinica. La possibilità di un tal fatto si deve ammettere a priori, sapendosi che le connessioni del collo dell'utero colla vescica possono essere così lasse e distensibili da rendere possibile l'arrovesciamento del terzo superiore della vagina.

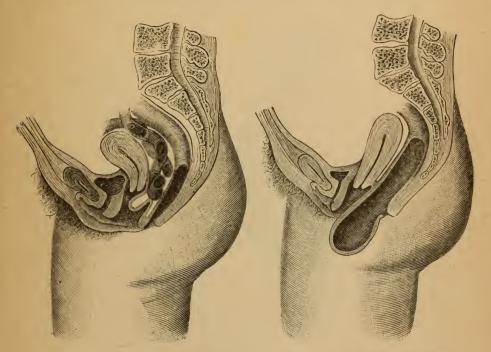



Fig. 50. — Prolasso della parete posteriore con enterocele vaginale posteriore.

Fig. 51. — Prolasso della parete vaginale posteriore con rettocele.

3.° Alquanto più frequente dovrebbe essere il prolasso della parete vaginale posteriore con enterocele vaginale posteriore. Senza che l' utero o la metà inferiore della vagina siano essenzialmente modificati nella loro posizione, il fornice posteriore viene depresso dalle anse intestinali, che occupano lo spazio del Douglas (fig. 50). Con uno spostamento appena apprezzabile dell' utero io ho visto far sporgenza dalla rima vulvare un tumore grosso la metà di un pugno, derivante appunto da questo segmento della vagina.

4.° Indubbiamente più comune di tali forme, sempre rarissime, è

(1) E. Martin — Monatsch, f. Geb. 28. 1866, p. 168 o Breisky, Krankheiten der Vagina 1886, p. 69

la procidenza della metà o dei due terzi inferiori della parete posteriore. Per lo più, al disopra di una cicatrice che occupa il posto del perineo estesamente lacerato, si vede da principio comparire un tumoretto formato dalla parete posteriore, nel quale si insinua un diverticolo della parete rettale anteriore (fig. 51). Questo tumoretto può, del resto, crescere al di là della grossezza di un pugno, e contenere un ampio diverticolo della parete rettale disteso da accumulo di feci e di gaz (prolasso della parete vaginale posteriore con rettocele).

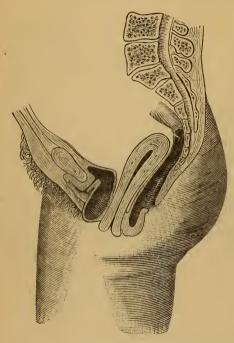



Fig. 52. — Prolasso della vagina e dell' utero con allungamento ipertrofico del collo.

Di regola, queste diverse forme di prolasso vaginale si associano: però sono quasi sempre soltanto le pareti anteriore e posteriore che ne sono colpite. Non già che le pareti laterali siano fisse più tenacemente ai tessuti sottostanti, chè anzi, come lo mostrano le abbondanti pieghe, esse sono disposte al pari delle altre a tali spostamenti: ma manca per esse l' influenza di organi retrostanti, che favoriscano in modo necessario la loro progressione, come accade invece per l'anteriore e la posteriore. Se vi si producono delle cisti od altri neoplasmi, esse si comportano affatto come abbiamo visto avvenire per le altre.

5.° La parte superiore del canale genitale, l'utero, può in diverse maniere abbassarsi o far procidenza, da solo, oppure associato col prolasso della vagina. Qualche rara volta l' utero, senza cambiare ne' di forma, ne' di consistenza, nè di peso, scende in vagina, arrovesciando i fornici, fino alla rima vulvare. È però raro che l'utero rimanga inalterato nella sua forma, nella consistenza e nel peso, sebbene in certi casi vi si trovi un utero quasi in nulla alterato, tratto in basso fino alla rima vulvare dall'inversione della vagina. Per lo più esiste una ipertrofia del collo (fig. 52). Questa ipertrofia può colpire la porzione vaginale, o la così detta porzione media, cioè quella limitata da linee, che dall' inserzione dei fornici anteriore e posteriore vanno perpendicolarmente al collo, oppure può limitarsi alla porzione sopravaginale. L'ipertrofia primitiva

del collo è rara: più comunemente si determina in via secondaria sotto l'influenza della trazione esercitata sul collo dalla vescica, che fu spostata in basso assieme alla parete vaginale procidente.

Il collo allungato, nel maggior numero dei casi di descensus o prolasso di questa parte dell'utero, si trova assai assottigliato, quasi atrofico. Se questo sia uno stadio di regressione consecutivo alla tumefa-

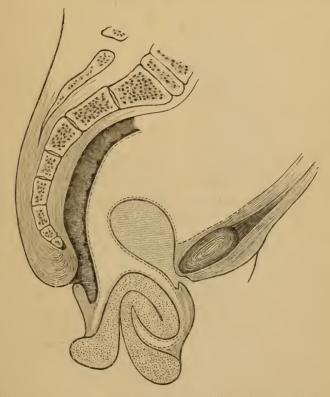



Fig. 53. — Prolasso dell'utero antiflesso, ectropio dell'orificio uterino (da Freund).

zione flogistica, o se la colpa della distensione e dell'atrofia spetti a trazioni da parte della vescica e del fornice anteriore, è cosa ancora in discussione. Quest'ultima interpretazione mi pare accettabile solo per quei casi, nei quali il corpo dell'utero è in qualche modo fissato in alto all'ingresso del bacino, e non può cedere alla trazione esercitata dalla vescica. Il pavimento pelvico si trova per lo più molto compromesso nella sua resistenza (1); il setto rettovaginale è sostituito da qualche

(1) Schatz, Congresso de naturalisti in Freiburg 1883.

profonda cicatrice formatasi nel posto di una lacerazione perineale, e i singoli strati del pavimento pelvico ne risultano straordinariamente allentati e sconnessi.

Allora anche l'utero può benissimo discendere in antiflessione o in retroflessione, e lo si ritrova poi all'estremità del tumore, che ha raggiunto e superato un volume doppio di un pugno (fig. 53), sia conservando la sua normale curvatura, sia accartocciato a guisa di corno col fondo spinto contro il collo, tanto che la vescica può aver perduto quasi ogni rapporto col collo. In altri casi l'utero si trova retroflesso, in tutte le possibili varietà di tale spostamento.

La vagina avvolge l'utero come un manicotto: nel vuoto, che risulta dall'estroflessione, possono accumularsi in copia le anse intestinali, ed io ne vidi degli esempii; anche le tube e le ovaie discendono in seno al prolasso, che accoglie costantemente la vescica e, per lo più, anche un voluminoso diverticolo del retto (1).

La più frequente fra le forme descritte è il prolasso della parete vaginale anteriore con cistocele, e descensus dell'utero con allungamento del collo.

Poi segue per ordine di frequenza la complicazione col prolasso della parete vaginale posteriore e col rettocele. In casi rari esiste solo il prolasso della parete anteriore con cistocele, o il prolasso dell'utero con arrovesciamento dei fornici, o il prolasso della parete posteriore. Quest'ultimo si trova con frequenza relativamente discreta in donne di una certa età che, giunte all'epoca della menopausa, colla involuzione senile degli organi pelvici vedono aumentare il descensus fino allora appena accennato della parete vaginal posteriore, specialmente come conseguenza dei disturbi quasi inevitabili in questa età, il torpore intestinale, la coprostasi, lo sviluppo di gaz nell'intestino. Non è sempre necessario che il perineo sia intaccato: ma è però sempre molto rilasciato, ed incapace di sopportare la pressione della parete vaginale, che gli pesa sopra.

Le connessioni tra i diversi visceri possono variare ed assumere un aspetto affatto insolito; così in un caso io rilevai che la vescica non era al suo posto davanti all'utero, ma sovrastava a questo viscere, il quale, di discreto volume, era incurvato a guisa di storta; il catetere, che, introdotto in vescica, passava al disopra dell' utero, si poteva sentirlo senza difficoltà dal retto, attraverso ad un diverticolo assai estensibile della parete rettale anteriore, che si prolungava al disopra della faccia anteriore dell'utero (fig. 54).

Assai vario è il modo di comportarsi del peritoneo nelle diverse forme di prolasso. Il fondo dello spazio del Douglas scende fino sotto all'orlo posteriore del collo; ma in caso di notevole inspessimento del

(1) Michelsen. Centralblatt f. Gynäk 1882, p. 65.

setto, che sta sopra il fornice posteriore, lo si può trovare assai più in alto di questo. I legamenti utero-sacrali talora si avvertono come pieghe assai allungate e distese, talora si atrofizzano tanto da non esser più rilevabili nè colla palpazione, nè coll'osservazione diretta, come io potei constatare in un caso di estirpazione dell'utero prolassato. Analoghe oscillazioni si trovano alla superficie anteriore dell'utero; anche qui la vescica può trovarsi unita su grande estensione al collo, o affatto sciolta

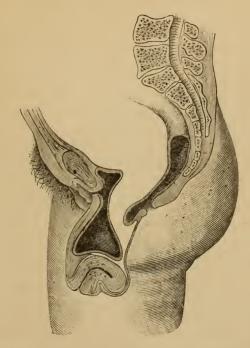



Fig. 54. — Arrovesciamento della vagina. Cistocele, rettocele. Prolasso dell'utero retroflesso.

da essa, tanto da venir appena in contatto coll'utero (vedi Fritsch. l. c. p. 206).

Nel prolasso completo dell'utero i legamenti larghi e le tube si introflettono nella cavità, che ne risulta. Fritsch fa notare, e le mie osservazioni concordano perfettamente colle sue, che gli stiramenti trasmessi al peritoneo trovano un limite a livello della linea innominata. Questo mi sembra degno di nota, perchè si è cercato di rendere responsabile la procidenza dei genitali, per stiramenti che si verificherebbero in alto nel peritoneo fino a livello dei reni. Contro all' accusa che il prolasso sia causa determinante del rene mobile sta anche la circostanza che i due stati si verificano ognuno per sè, e l'uno indipendentemente dall'altro, ed infine l'osservazione che, in caso di complicazione dei due stati, il rene mobile può preesistere da tempo, prima che si determini il prolasso.

Naturalmente la prima parte a soffrire pel prolasso è la mucosa della parte prolassata. Il rivestimento di epitelio piatto e la scarsezza di elementi ghiandolari favoriscono il prosciugamento della mucosa prolassata, anche in soggetti giovani, tanto che la sua superficie assume un carattere epidermoidale.

Anche la mucosa cervicale visibile nell'orificio uterino si prosciuga sotto l'influenza del contatto coll'aria, e se l'orificio aperto permette alla mucosa cervicale di estroflettersi, essa può perdere il suo epitelio cilindrico ed assumere pure carattere epidermoidale. Una tale modificazione della mucosa estroflessa si verifica solo in donne, che abbiano cura della pulizia, mentre che il contatto coll'aria, cogli abiti, l'insudiciamento con feci, urina, polvere, sudore, possono infettare i punti irritati, e dar luogo ad una intensa infiammazione. Da questo stadio flogistico acuto prendono eventualmente origine delle ulcerazioni profonde: le ulcerazioni delle parti prolassate hanno margini netti, talora tagliati a picco, che con contorno ondulato ed irregolare circondano delle isole più o meno estese di superficie ulcerata. Il fondo della piaga presenta per lo più granulazioni flaccide e infiltrazione profonda; sanguina al menomo contatto, e secerne un liquido sieroso appiccaticcio, che dà facilmente luogo ad aderenze della piaga colle biancherie, o colle parti di pelle con cui essa venga per caso a contatto. In donne, che abbiano poca cura della pulizia, queste ulcerazioni sono ricoperte da croste fetenti. Guariscono anche spontaneamente dopo lunga durata, e possono dar luogo per retrazione cicatriziale ai più strani cambiamenti nel prolasso. Per quanto queste ulcerazioni siano ostinate, e per quanto la suppurazione e le emorragie possano imitare il quadro clinico delle neoplasie maligne, pure è rarissimo il vedere una degenerazione maligna in organi prolassati.

Non esiste però, come un tempo si pretendeva, una immunità, perchè con altri (1) io pure ho osservato nove volte un carcinoma dichiarato su parti prolassate.

Lo sviluppo del prolasso è di solito graduale, come si può prevedere dai descritti rapporti. Rara l'insorgenza acuta.

Io ho veduto due casi di insorgenza acuta. L'uno in una puerpera, che pare fosse prima perfettamente sana, e che, colta da violento catarro intestinale al settimo giorno dopo il parto, veniva improvvisamente colpita da deliquio durante una penosissima defecazione. Chiamato presso la donna, che era in stato di grave collasso, trovai l'utero prolassato fino a metà con inversione della vagina e per di più probabilmente uno stravaso sanguigno intralegamentoso, extraperitoneale. Io ridussi il prolasso, feci osservare il riposo, e potei osservare il riassorbimento dell'ematoma. Il prolasso completo si riprodusse, quando la donna tornò ad alzarsi. L'altra donna era già stata in mia cura per ritenzione di residui abortivi; rimossi i quali, era completamente guarita.

---

(1) Fritsch, L. c., p. 212.

Circa sei mesi dopo, nel sollevare un grave peso, accusò vivo dolore seguito dalla formazione di un prolasso completo, con arrovesciamento della vagina. Anche qui, circa una settimana dopo, mi riescì di constatare la presenza di un ematoma; questo si riassorbì, ma il prolasso persistette; lo guarii con una opportuna colporrafia. Un anno dopo la paziente moriva per carcinoma a rapido sviluppo.

Esempi analoghi riporta il Fritsch (l. c.)

Il primo stadio, il descensus uterino, può guarire spontaneamente o con cure opportune, che possono se non altro impedire un progresso nel male; ma una volta che il prolasso è uscito dalla rima vulvare, la guarigione spontanea è quasi impossibile. Una temporanea scomparsa si può avere negli ultimi mesi di gravidanza, o per lo sviluppo di tumori dell'utero, o delle ovaie, se queste sono aderenti coll'utero.

All'infuori di queste eventualità, nei casi più favorevoli si avrà una certa pausa nello sviluppo; ma assai più frequentemente un graduale aumento della procidenza, fino a completa inversione delle parti. Questo stadio estremo può essere impedito da aderenze, che fissino e mantengano l'utero nel bacino. La involuzione senile, che ha tanta influenza curativa nelle malattie dell'apparato genitale, qui ha l'effetto diametralmente opposto, perchè il riassorbimento di adipe, l'involuzione del connettivo e la scemata tenacità dei mezzi d'unione fra le singole parti, dànno luogo con quasi assoluta certezza ad una procidenza sempre più grave.

La complicazione del prolasso colla gravidanza per solito non porta con sè quei pericoli che si sarebbe disposti a presagire dallo studio delle parti prolassate. Infatti il corpo dell'utero giacente nello scavo di regola si sviluppa in alto verso il grande bacino, e trae in alto con sè la vagina prolassata ed il collo, sicchè queste pazienti non si sentono mai tanto bene come negli ultimi mesi di gravidanza. La loro speranza in una guarigione duratura è però abitualmente menzognera, perchè, ad onta di ogni cautela, in un epoca più o meno avanzata del puerperio la vagina assieme all'utero torna a farsi strada dalla rima vulvare. In rari casi, esistendo delle aderenze nel bacino, o essendo l'utero tutto fuori dei genitali, insorgono fenomeni di incarceramento. Se tutto l'utero è fuori dai genitali, viene in scena quello stato mostruoso, in cui l'utero che accoglie l'uovo maturo, avvolto nella vagina arrovesciata ed enormemente distesa, pende fra le cosce della donna. Naturalmente in questo ultimo caso l'espulsione dell'uovo è affidata esclusivamente alla muscolatura uterina, e perciò si fa non di rado necessario il soccorso dell'arte.

Le cicatrici sul collo non costituiscono ordinariamente un grande ostacolo al parto. Se nel decorso della gravidanza l'utero prolassato si ritrae in alto in vagina, le cicatrici subiscono il normale processo di rammollamento. Se il collo resta fuori durante il parto, può insorgere

una difficoltà speciale per l'ostacolo che oppone alla dilatazione e al passaggio della testa la superficie cicatriziale, asciutta, quasi cornea del collo, ostacolo che viene superato solo a spese della continuità di questa parete rigida e resistente. Ma anche qui una assistenza opportuna può ovviare a più gravi pericoli, come io stesso ho più volte osservato.

I *sintomi* del prolasso consistono dapprima in un senso di tensione, di qualche cosa di aperto, quasi che i visceri avessero tendenza a cadere, e nella conseguente incertezza nello stare e nel camminare. In pari tempo sono difficoltate in alto grado le funzioni del retto e della vescica. Nella posizione sdraiata, e spesso anche nella seduta, questi disturbi in principio si dileguano quasi completamente: perciò le donne agli inizii del male, credendo che tutto si riduca a qualche trascurata regola igienica, non pensano a ricorrere all'aiuto del medico. Quanto più pronunciato si fa il prolasso, tanto più si accentuano questi sintomi; le ammalate perdono l'appetito, dimagrano: vi si associa il senso di debolezza e la coscienza di essere o diventare impotenti alla generazione, persuasione questa che esercita una influenza tanto deprimente sul morale. Troviamo talvolta alcune donne, che sopportano il loro male, e che ne sono poco disturbate nella loro attività. Sono ben rare le donne che mi capitò di veder rassegnate senza alcun tentativo di riparare al loro male; si tratta di donne, che devono con aspre fatiche guadagnarsi la vita, e cercano di aiutarsi in modo caratteristico con fasciature e sostegni i più varii, quali solo può immaginarli il più fecondo spirito inventivo. La maggior parte, specie le indigenti, rese inette ad ogni occupazione per l'esistenza del prolasso, incapaci a muoversi, perdono la facoltà di digerire normalmente, e subiscono tale un deperimento fisico e morale da diventare di peso a sè e a chi le circonda.

La diagnosi del prolasso ordinariamente non urta in nessuna difficoltà. Anche i rapporti delle singole parti, che compartecipano al prolasso, si lasciano facilmente definire. Si invitano queste pazienti, nel decubito dorsale, a premere fortemente per rendere evidente il prolasso in tutta la sua estensione: ci si aiuta traendo sul collo con una pinza uncinata ed eventualmente colla pressione di una mano all'ipogastrio. Si stabilisce allora la posizione e lunghezza dell'utero, poi colla sonda o col catetere si cerca di stabilire la eventuale partecipazione della vescica al prolasso; quindi si esamina il retto, e se sia interessato nella procidenza. Infine, ricacciata nel bacino tutta la massa, si constata ancora una volta la posizione dell'utero, e si indaga lo stato del perineo, non trascurando i fornici e le pareti laterali della vagina.

La prognosi del prolasso, da quanto si è detto, non può esser buona, finchè il male viene lasciato a sè: ma saremo invece in grado di emettere una prognosi assolutamente favorevole, appena queste infelici trovino il coraggio di assoggettarsi ad una cura razionale.

La profilassi del prolasso è ancora troppo trascurata. Si dovrà sempre mettere in guardia le donne contro gli sforzi fatti in periodo puerperale recente, consigliarle a curar meglio la propria alimentazione appunto in questo periodo, e accelerare l'involuzione dei genitali col ricorrere presto all'uso di irrigazioni astringenti e di semicupî.

Appena si fanno palesi i primi accenni ad un descensus della vagina e dell'utero, si cercherà di prevenirlo, coll'evitare le fatiche, col nutrire cautamente la paziente, col procurare facili le defecazioni, col dirigere attente cure alle condizioni generali.

Irrigazioni vaginali calde a 50° C. eventualmente nel semicupio, semicupî a 32°,5 spiegano un' azione vantaggiosa. Due manate di corteccia di quercia cotte in 2-3 litri d'acqua si potranno aggiungere all'acqua del semicupio. Di questa decozione si potrà anche aggiungere $^1/_4$ di litro per ogni litro d'acqua delle irrigazioni. Tamponi di cotone asettico si potranno portare nella notte o per 10-12 ore della giornata: possono del resto rimanere più a lungo senza inconvenienti. Al posto dei tamponi si possono mettere anche dei globuli di gelatina o di burro di cacao con tannino. Spesso si ha vantaggio anche dai semicupi freddi: durante il bagno si aggiunge dell'acqua fredda alla tiepida. Dopo aver fatto discendere la temperatura a 18° e a 12,5°, le pazienti dovranno stare per 5-10 minuti nel letto a riscaldarsi.

Sopra tutto conviene nei casi di descensus astenersi dall'uso di pessarî vaginali.

Non di rado coll'uso pronto e razionale di questi mezzi si riesce a togliere la sensazione dell'abbassamento e ad ottenere un notevole aumento di tonicità, e più tardi anche la ricomparsa dell'adipe, cioè la guarigione completa.

Se il prolasso continua nel suo sviluppo, o se è già sviluppato quando la paziente si presenta alla nostra cura, non resta che una cura locale. Questa non può essere che operativa. Poichè siamo in grado di guarire il male, è nostro dovere il persuadere con ogni mezzo l'ammalata a lasciarsi operare. Quanto più perfezionata si fa la tecnica, tanto più facile si fa questo compito. Gli insuccessi sono sempre più rari. Fra più di 1000 operazioni di prolasso ho visto meno del 3 % di insuccessi, in parte dovuti a trascuranza dei necessarii riguardi, raramente a insolita floscezza di tutti i tessuti o alla persistente azione di cause nocive.

Io insisto sulla cura operativa, a meno che lo stato generale delle forze non si opponga ad ogni operazione.

Un tempo, 18 anni fa, quando l'autore di questo libro propugnava pel primo in Berlino la metodica applicazione della cura operativa del prolasso, la maggior parte delle donne si rifiutavano a questa proposta. Oggi le donne, che non vi si adattano, non rappresentano che una piccola minoranza.

Mi credo esonerato dal dare qui una enumerazione dettagliata dello stragrande numero di apparecchi ideati per tenere in posto un utero prolassato (1).

Nelle donne in età assai avanzata io consiglio l'uso di larghe bende, che, passate fra le cosce, vengono assicurate ad una cintura, oppure faccio uso dei pessarii a picciuolo (fig. 55).

Se ne sceglie uno di grandezza appropriata, lo si unge e lo si porta di fronte alla rima vulvare, in modo che il peduncolo resti in direzione orizzontale e trasversale davanti alla rima stessa, naturalmente dopo aver ridotto il prolasso e riportato l'utero in posizione normale. Poi si spinge l'anello in vagina, e quando ha sorpassato il terzo inferiore della vagina, lo si mette trasversalmente col peduncolo in basso.

Fig. 55. — Pessario a picciuolo di Valleix e di E. Martin.

L'anello viene ad occupare la metà superiore della vagina, e il suo peduncolo pendente all'esterno gli impedisce di mettersi di coltello, quando le pareti anteriore o posteriore cercano di far procidenza, perciò non gli permette di uscire. Questi anelli si dovranno tener puliti mediante irrigazioni vaginali fatte regolarmente due volte al giorno con una soluzione disinfettante (io uso di far mettere 3 cucchiai di acido pirolegnoso in un litro d'acqua); è pure necessario passarli in rivista almeno ogni trimestre, estrarli (non però durante la mestruazione) e sostituirli con pessarii nuovi: di solito occorre un numero più alto, raramente uno più basso. Fu visto per l'azione comprimente del pessario venire in scena una peri- o parametrite, che può poi portare una guarigione completa del prolasso.

In origine la cura operativa del prolasso fu tentata nell'idea di restringere o di chiudere quasi completamente l'apertura, per la quale si faceva strada la massa procidente (2). Questo piano operativo non può procurare un esito utile duraturo, perchè, se anche infine le parti cruentate dell'ostio vaginale fanno coalito, però questo tessuto è così distensibile da non poter fornire un appoggio durevole al prolasso. Anche i metodi, che si propongone di restringere il canal vaginale, sono poco adatti per procurare una ritenzione del prolasso. Il più recente è quello proposto da Winckel, che descrive in questo modo la sua operazione:

Cruentazione nel terzo inferiore della vagina: il limite anteriore della cruentazione è al margine dei residui dell'imene: la larghezza della zona cruentata è di 2-2,5 cm. Lateralmente la cruentazione risale fino a 3-4 cm. sotto l'orificio dell'uretra. Divari-

(1) v. Franque. Vorfall d. Gebärm. Würzburg, 1860. — Breisky, Prager med Wochenschr. 1884, 321. — Löhlein, Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. Berlin, 1885.

(2) Vedi per la storia delle operazioni in Hegar e Kaltenbach 3.° Ed. e in Fritsch Hofmeier, ecc.

cando le grandi labbra e distendendo le pareti vaginali anteriore e posteriore colla intromissione di un catetere della grossezza di un pollice, si comincia col lavare la parete vaginale con una soluzione fenica al 5 $^0/_0$; si mette in evidenza con 4 uncini il campo operativo, come lo dimostra la fig. 56, e al disopra della fossetta navicolare si incide sulla linea mediana la parete posteriore per una altezza di 2 cm. Di lì si fanno partire due lembi laterali, che vengono scolpiti e dissecati per un altezza di circa 6 cm., dapprima verso sinistra, poi verso destra. I due lembi per la loro base restano

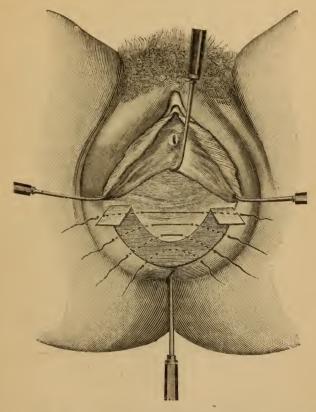



Fig. 56. — Operazione del prolasso secondo Winckel.

in connessione colla vagina, ma vengono accorciati circa di metà, sicchè ognuno di essi trovasi ridotto alla lunghezza di 2-3 cm. Dopo una conveniente disinfezione i due lembi vengono riuniti l'uno all'altro sulla linea mediana con 2-3 punti, in modo da formare una specie di ponte al disopra delle superfici cruentate. Poi con punti profondi in filo di Firenze le due zone cruentate vengono riunite sulla linea di mezzo, cosicchè in fine la sutura viene a rappresentare un T, su cui vengono riuniti con punti superficiali il margine anteriore ed il posteriore dei due lembi. Quando tutti i punti sono in posto, il catetere grosso, tenuto costantemente in posto da un assistente, deve riempire perfettamente il residuo lume della vagina. Attraverso a questo catetere viene ancora lavata la vagina dai coaguli. Se si avvicinano le coscie, non si vede più nulla della sutura verticale, perchè la vulva si chiude davanti ad essa.

Con un procedimento più recente Winckel fissa con due pinze uncinate i punti della parete vaginale anteriore e posteriore, la cui distanza coincide coll'ampiezza del lume, che si vuol conservare (fig. 57). Messo allo scoperto il campo operativo, vengono cruentate due aree a ferro di cavallo, larghe 2,5 cm. con base all'indentro e convessità all'infuori; queste zone si suturano come si farebbe per una obliterazione trasversale della vagina.

Un altro procedimento è quello introdotto nella pratica dapprima

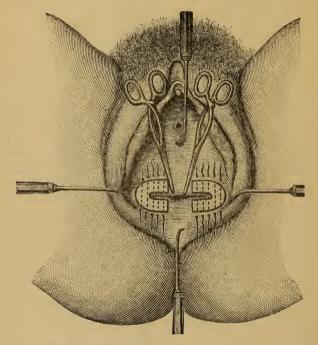



Fig. 57. — Colporrafia posteriore secondo Winkel.

da Neugebauer (1) e che, provato poi da diversi (2), ha pure dato risultati soddisfacenti. Questo procedimento ha per scopo di ottenere una chiusura della vagina sulla linea mediana, *colporrafia mediana*. Dalle due pareti anteriore e posteriore si escidono due lembi di eguale ampiezza, e si affrontano colla sutura le superfici cruentate (fig. 58 e 59); le due pareti fatte così aderenti e nello stesso tempo raccorciate tenderanno bensì a discendere verso l'introito, ma il prolasso non si riproduce. È innegabile che questo di Neugebauer è un procedimento relati-

---

(1) Neugebauer figlio, Centralbl, f. Gynäk 1885, p. 6.
(2) Lefort, Ann. de Gynéc 1877 p. 299., Spiegelberg 1872.

vamente assai semplice, e da due casi, uno operato da me, l'altro da altri, e che io ebbi poi occasione di vedere, posso pienamente constatare la sua efficacia. Nel caso da me operato la superficie di affrontamento, di circa 6 cent. quadrati, era diventata così resistente da essere in grado di trattenere un prolasso di volume veramente straordinario. Que-

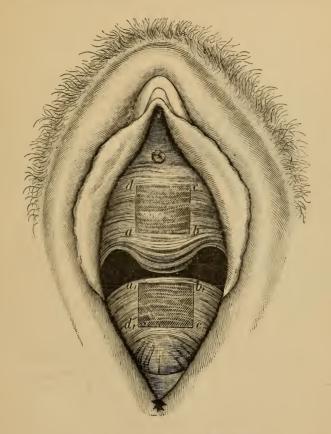



Fig. 58. — Cruentazione secondo Neugebauer.

sta colporrafia mediana agisce come una benda a *T* formata dal ponte fra la parete anteriore e la posteriore. Ma i due casi da me veduti giustificano perfettamente il rimprovero che si può fare a priori al metodo: le donne vengono per questa operazione a subire un debilitamento funzionale: vien loro tolta o almeno assai limitata la capacità alla coabitazione, sebbene in qualche caso, come riferisce Neugebauer, sia avvenuta la gravidanza. Pare che in questi casi i fenomeni del parto abbiano avuto un andamento discretamente favorevole.

Con questa colporrafia mediana si riuniscono parti, che fisiologicamente non hanno nulla a che fare l'una coll'altra.

La mia osservazione fu fatta su una donna, che venne alla cura con un prolasso grosso più di due pugni: io le feci prima la colporrafia alla Hegar con risultato insufficiente, poi la operazione del prolasso col metodo che descriverò in seguito, ed ebbi completa riunione della ferita per prima intenzione e guarigione della donna, che contava 31 anni ed era molto robusta; la dimisi ed essa ripigliò il suo meschinissimo genere di vita. Il prolasso non stette molto a riprodursi, sia per la necessità di lavori faticosi, o per rozze manovre da parte del marito, o per insufficienza di nutrimento. Prima che il prolasso ripigliasse la primitiva estensione, io feci l'operazione del Neugebauer. Dopo 6 mesi passati fra le pareti domestiche la paziente era molto soddisfatta dell'esito di questa operazione. La rima vulvare era beante, e vi faceva capolino la parte bassa delle pareti vaginali anteriore e posteriore, col loro ponte cicatriziale, ma nessuna porzione del resto del canal genitale; le aperture laterali erano di calibro minimo, nè peranco distese dalle coabitazioni. La donna dovette poi ripigliare i lavori più gravi; al primo tentativo di sollevare una secchia d' acqua si lacerò la cicatrice, che sembrava così resistente. Io vidi le superfici ancora sanguinanti e ne potei constatare la notevole estensione. Il prolasso si era subito riprodotto nelle antiche proporzioni.

Fig. 59. — Colporrafia secondo Neugebauer

Un altro obbiettivo si propone l'operazione ideata da Simon (1). Egli voleva specialmente rimuovere le parti ipertrofiche della parete anteriore, e quindi mediante cruentazione della posteriore, formare uno zoccolo, su cui dovessero riposare l'utero e la parete anteriore. Questa operazione di Simon riunisce perciò il processo di ristringimento della vagina, con quello che si propone di dare un sostegno all'utero ed agli altri organi procidenti (fig. 60 e 61). La cruentazione interessa la parete posteriore o le laterali; dalla linea mediana essa corre quasi perpendicolarmente alle pareti laterali, si tiene su queste a media altezza dirigendosi all'avanti, e termina all'introito. La superficie cruentata viene poi chiusa con punti molto avvicinati, e forma sulla parete posteriore un rilievo, che fa forte sporgenza poco più in giù dei fornici, e in primo luogo fornisce certo un ottimo sostegno all'utero ed ai fornici stessi, poi oppone un potentissimo appoggio anche alla parete anteriore.

La cruentazione di Simon fu modificata dal Lossen (2), che diede

(1) Prager. Vierteljahrschr. 1875. — Engelhardt, Retention des Gebärmuttervorf. durch die Colp. post. Heidelberg 1871.

(2) Ber. Klin. Wochenschr. 1879, N. 40.

maggior estensione al recentamento laterale nelle parti inferiori (fig. 62). Ma la retrazione cicatriziale e la pressione dell'utero superano troppo facilmente l'ostacolo, e il prolasso si riproduce.

Anche Fritsch (1) ha modificato press'a poco come Lossen la figura di Simon (fig. 63). Col piegare ad angolo i margini laterali della figura di Simon egli si propone di prevenire quella tensione, cui dovrò accennare in seguito parlando della sutura alla Hegar. Fritsch stesso ammette che con questo metodo si forma in *e* una fossa, ove facilmente può sta-

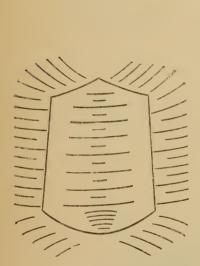



Fig. 60. — Cruentazione nella colporr. post. di Simon.

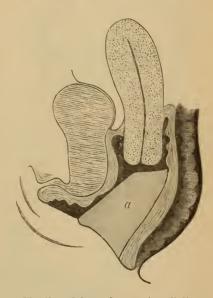



Fig. 61. — Colporrafia posteriore di Simon *a*, zoccolo formato colla parete posteriore.

gnare la secrezione. Ad ovviare a questi inconvenienti egli suggerisce delle accurate irrigazioni vaginali, che però formano una complicazione non piccola nel processo di guarigione.

L'aver dato più ampio svolgimento ai tentativi in questa direzione è merito di Hegar (2), che pel primo si rivolse a cercare la cura del prolasso nel formare un resistente pavimento pelvico. Anche Hegar comincia col rimovere il superfluo dalle pareti laterali e specialmente della anteriore, poi cerca di ridurre la parete posteriore (fig. 64 e 65). Egli non vuole ottenere uno zoccolo, su cui poggiare l'utero, ma collo stirare verso la linea mediana tutti i tessuti del pavimento pelvico vuol rista-

(1) Lageveränd. u. Entzünd. der Gebärmutter 1884, p. 239.

(2) Vedi: Operative Gynäkologie: vedi inoltre Hüffel, Anatomie und op. Behandlung. etc. 1873; Dorff, Wiener med. Bl. 1879-1880.

bilirne il tono, e nello stesso tempo ottenere una cicatrice così resistente, che l'utero resti in certo qual modo fissato al disopra di essa,

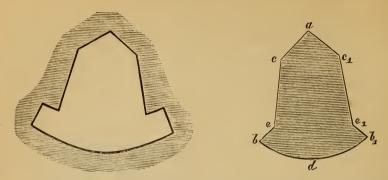



Fig. 62. — Cruentazione di Simon modificata da Lossen.

Fig. 63. — Colporrafia posteriore secondo Fritsch.

nè possa scivolare in basso. A questo scopo Hegar spinge la cruentazione fino al fornice posteriore ed, eventualmente, fino sul collo.

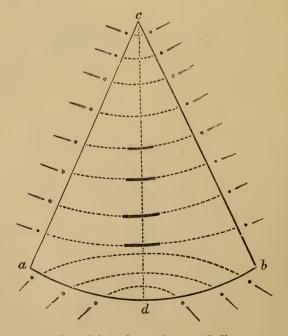



Fig. 64. — Colporrafia anteriore secondo Hegar.

Partendo dalla parete posteriore, si escide un lembo triangolare, lembo che fino circa a metà della vagina si tiene nella parete poste-

riore, di lì passa sulle laterali, e lungo queste vien condotto all'esterno. Il tratto recentato vien chiuso con punti molto avvicinati e, se avviene l'adesione, si ottiene una cicatrice assai resistente che, nel mentre mantiene teso il pavimento pelvico, impedisce la discesa dell'utero. La cicatrizzazione non è sempre perfetta, specialmente nel suo terzo inferiore. Nel punto ove la cicatrice è formata dall' addossamento delle pareti laterali, è esposta all'inconveniente che i fili tagliano i tessuti, d'onde difetti più o meno estesi. Il metodo di Hegar ha fornito un validissimo aiuto alla cura operativa del prolasso, ed io insisto ancora oggi nel dichiarare che, per guarire il prolasso, dobbiamo occuparci a rafforzare il pavimento pelvico ed a prevenire colla cicatrice la caduta delle parti situate in alto.

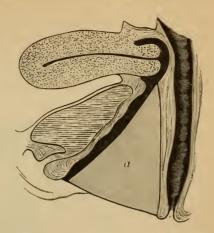



Fig. 65. — Colporrafia posteriore secondo Hegar.

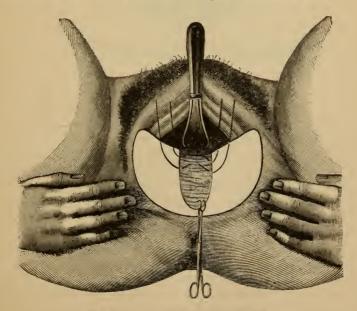



Fig. 66. — Colporrafia secondo Bischoff.

Il ristringimento del lume della vagina è di poco significato, perchè si vede completa guarigione in casi, in cui è affatto deficiente la chiu-

sura della vagina, purchè il pavimento del bacino conservi sufficiente resistenza.

La figura di cruentazione ideata da Bischoff (1) rassomiglia essenzialmente a quella scelta da Hegar (fig. 66 e 67.) La modificazione consiste specialmente in ciò, che la punta superiore del triangolo non viene escisa, ma, cominciando press'a poco dal livello in cui la figura di Hegar passa sulle pareti laterali, se ne forma per dissecazione una linguetta,

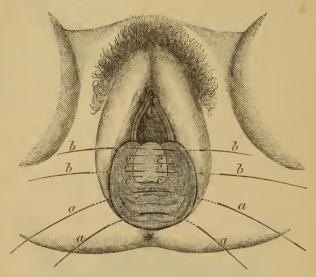



Fig. 67. — Colporrafia secondo Bischoff.

che si continua in basso in tutta la parete posteriore, e che risulta di tutto lo spessore della parete vaginale.

Si completa poi la cruentazione sulla parete posteriore e sulle laterali, tanto che alla fine, rialzando la linguetta scolpita sulla parete posteriore, si trova cruentata questa in circa due terzi della sua estensione, e le pareti laterali nella loro metà inferiore. Il lembo così scolpito, che in alto è in contatto immediato col fornice, viene cucito coi suoi margini ai margini laterali della superficie recentata, cioè alle pareti laterali della vagina: e lo spazio, che risulta pel sollevamento di questa linguetta, viene chiuso con punti profondi che partono dal perineo. In questo processo di Bischoff la superficie cruenta è assai estesa, quindi spesso l'emorragia eccessivamente abbondante: il lembo può cadere in gangrena e, andando allora a vuoto l'operazione, come a me pure accadde, non restano menomati, ma certamente anzi aumentati i disturbi derivanti dal prolasso.

(1) Banga, Inaug. Diss. Basel, 1875. — Egli Sinclair, Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte, 1877.

L'estensione della ferita e la facilità, con cui vi si formano delle tasche, dànno luogo a ritenzione di secreti.

Nel 96 % delle mie osservazioni l'utero non era normale. Quasi sempre si trovano endometrite, metrite, ipertrofia, allungamento del collo.

Certo che queste lesioni in parte, essendo un effetto del prolasso, si può sperare abbiano a guarire colla riduzione dell'utero. Io però preferisco non fidarmi a questa eventualità, anche perchè col curare gli stati patologici dell'utero assicuriamo meglio la cicatrizzazione della ferita vaginale.

Secondo il mio modo di vedere, ogni operazione di prolasso deve procedere in questo modo:

1.° si comincia col curare l'utero, eventualmente col raschiamento o l'amputazione del collo. Una indicazione ad intervento più radicale si avrebbe se l'utero prolassato è affetto da lesioni maligne, o se è irriducibile per aderenze perimetritiche, o se all'estremo del sacco vaginale arrovesciato l'utero si trova sciolto quasi completamente ed in modo irreparabile da ogni connessione colle pareti del bacino, sì da rappresentare un pericolo diretto per una guarigione persistente. In questi casi unica via d' uscita è l'estirpazione dell'utero. Naturalmente indicazioni di questo genere si incontrano ben di rado. L'operazione, oltre all'essere giustificata nei singoli casi dalle circostanze speciali, è anche confortata dai risultati sicuri, che fin qui se ne sono ottenuti (1).

2.° Se la parete vaginale anteriore non è completamente normale per posizione e consistenza, si pratica nella stessa seduta la colporrafia anteriore. Con questa si escidono le pliche ipertrofiche, e si dà alla parete anteriore la resistenza necessaria per sopportare la vescica e la pressione intraaddominale.

3.° Infine si procede, sempre nella stessa seduta, a rifare la parete posteriore allo scopo di stirare e tendere verso la linea mediana i tessuti costituenti il pavimento pelvico, e di formare delle cicatrici atte ad impedire all'utero ed ai fornici lo scivolamento in basso, attraverso alla bottoniera, che la vagina forma nel pavimento del bacino, e nello stesso tempo atte a fornire un appoggio alla parete anteriore nel sostegno della vescica.

Si deduce da ciò che l'operazione del prolasso, da compiersi in una sola seduta, consta di tre tempi:

1.° quelle operazioni sull'utero, che sono richieste nei singoli casi;

---

(1) Le mie osservazioni le ho comunicate al congresso di Halle nel 1891: vedi Berl. klin. Wochenschrift, N. 45, 1891. — Vedi anche Fritsch, in Asch, Archiv. f. Gyn. vol. XXXIV, e Schauta, Indication und Technik der vaginalen Totalexstirpation, 1891. — B. Mc. Monagle, New-York Journ. of Gyn. and Obst., November, 1892, p. 1040.

2.° la colporrafia anteriore;

3.° la colporrafia posteriore.

La paziente viene cloroformizzata (1); si intende dopo che le furono

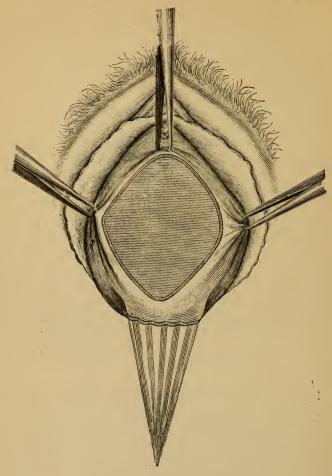



Fig. 68. — Colporrafia anteriore.

procurate scariche alvine e dopo una opportuna disinfezione. Vien posta nella posizione dorso-pelvica, colle cosce flesse, le gambe affidate a due assistenti, che hanno l'incarico di tenere gli strumenti per mettere in vista il campo operatorio (v. fig. 14).

---

(1) I tentativi per una anestesia puramente locale, p. es. colla cocaina, non tolgono gli inconvenien l, che risultano alla paziente ed al medico da una operazione che dura sempre una quarantina di minuti, e in certe circostanze anche assai di più.

Fig. 69 *a*. — Scalpello della Sig. Horn per colporrafia.

1.° La descrizione delle operazioni sull'utero si vedrà nel relativo capitolo.

2.° Colporrafia anteriore. Per distendere la parete anteriore della vagina (fig. 68) si adoperano quattro pinze, di cui la superiore si impianta sotto il tubercolo uretrale; ad ogni lato nella piega di passaggio dalla parete anteriore alla laterale si impianta un'altra pinza, la quarta immediatamente a ridosso del collo. Fra i quattro strumenti si può distendere bene il campo dell'operazione. Poi si scolpisce un lembo ovoideo coll'estremo a ridosso dell'orificio uretrale, e che comprende in maggiore o minore estensione la parete vaginale anteriore, esportando in ogni caso anche le pieghe ipertrofiche, che si trovano così comunemente presso il meato urinario. Disegnato il lembo, si disseca la mucosa, ed io mi servo a questo scopo di un coltello a lama arrotondata, che è tagliente su tutto il contorno (fig. 69 *a*). Questo scalpello, ideato dalla signora Horn, che da tanti anni è la mia intelligente aiutante, permette di tagliare in ogni direzione, e mi sono deciso ad usarlo, perchè i semplici bistori finora da me usati in queste operazioni lavorano sempre colla punta, che presto perciò diventa smussa ed inservibile, quando il resto del tagliente fu ancora poco usato. Come ho visto fare da Hegar, io disseco tutto il lembo in una volta, partendo dai varii lati e procedendo verso il centro. A questo scopo, mi servo di un istrumento pure ideato dalla signora Horn e riprodotto nella fig. 69 *b*. Il lembo viene isolato cominciando dal basso; il tratto isolato

Fig. 69 *b*. — Rastrello per arrotolare il lembo (Sig. Horn).

vien fissato sui denti di questo strumento e poi arrotolato sull' asta, mentre lo scalpello vien portato in qua e in là a lunghi tratti. Se il lembo è poco esteso, lo isolo cominciando dalla parte sinistra. Con una forbice di Cooper si allontaneranno i frustoli e le disuguaglianze di tessuto rimaste. Di solito la superficie di sezione sanguina poco: se qualche vaso dà sangue, lo faccio comprimere col dito dato da uno degli assistenti. Resa perfettamente liscia la superficie, io procedo alla sutura nel modo che descriveremo più avanti. Quando la ferita della mucosa è riunita linearmente, riduco l'utero e la parete anteriore della vagina: in questo bisogna aver cura che, se possibile, l'utero venga portato in posizione normale. Se ciò non riesce, ricorro anche alla sonda, per assicurare il raddrizzamento dell' utero.

Fehling ha proposto di suddividere l' ampia cruentazione mediana in due più piccole da collocarsi ai lati della linea mediana (1).

3.º Colporrafia posteriore.

Il mio piano di operazione si fonda sui rapporti fisiologici del canal vaginale. Il pensiero me ne venne esaminando i disegni di Freund sulla plastica perineale (Congresso dei naturalisti di Wiesbaden 1873). Freund ricordava dappprima che nella forma speciale ad H del lume vaginale (fig. 70) i tessuti più resistenti vanno cercati alla parete anteriore ed alla posteriore; le pareti laterali sono residui dei tubi di Müller, la cui fusione sulla linea mediana dà luogo alle masse di tessuto riccamente attraversate da fasci fibrosi, che restano evidenti anche nella vita extrauterina sotto il nome di colonna anteriore (tubercolo uretrale), e colonna posteriore, fino a che le frequenti coabitazioni e i parti ripetuti non ne abbiano cancellate le rugosità. Ma, anche scomparse le rughe della mucosa vaginale, in una sezione possiamo sempre apprezzare questi elementi fibrosi. In vista di ciò io faccio in modo che nella cruentazione della parete posteriore non vengano demoliti questi fasci fibrosi, come succede coi metodi di Simon ed Hegar, nè li isolo in un lembo come fa Bischoff.

Fig. 70.

Piuttosto io approfitto di questi strati fibrosi per sostegno della neoformata parete vaginal posteriore; ai lati della colonna mediana incido la parete vaginale, e da ambo i lati esporto un lembo mucoso fino a metà altezza delle pareti laterali. Così si stabiliscono nella parete posteriore al disopra dell' introito due superfici cruente, che corrispondono press'a poco alla sezione inferiore dei residui dei tubi di Müller. Chiudendo con suture queste ferite, i margini della colonna posteriore vengono por-

(1) Naturforschervers. Heidelberg, 1889. Archiv f. Gyn. XXXVI.

tati a metà altezza delle pareti laterali; la colonna stessa coi suoi tessuti rigidi viene spostata in alto.

Quando poi la vagina è ristretta in tal guisa, e colle cruentazioni laterali si è ottenuta una rigida retrazione dei tessuti del pavimento

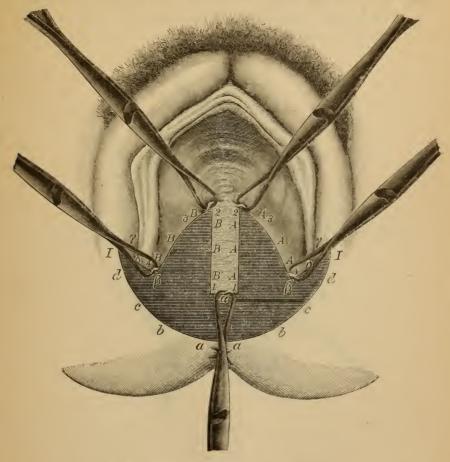



Fig. 71. — Cruentazione nella colporrafia posteriore.
1-2 Incisioni laterali alla colonna posteriore. 3-4 Incisioni sulle pareti laterali della vagina. *I.* Estremo della cruentazione alla vulva. *A-A*, *B-B*, *a-a*, *b-b*, *c-c*, *d-d*, β-α-β δ-δ, γ- , indicano i punti che devono essere rispettivamente affrontati.

pelvico (retrazione che, andando suddivisa sui due lati, ostacola meno la guarigione che non nel caso si esercitasse su una sola linea), allora solo mi accingo a chiudere l'operazione con una adatta plastica perineale.

Perciò il mio metodo di colporrafia posteriore risulta di due tempi distinti, cioè una elitrorrafia doppia laterale, ed una perineauxesis.

Elitrorrafia bilaterale. Per eseguire questa operazione io stiro in

basso la parete posteriore, e mantengo fisso l'estremo inferiore della colonna (α fig. 71). Anche nei prolassi di antica data si riesce a sentirla, se non superficialmente, almeno in profondità. L'estremo superiore di questa colonna lo fisso con due pinze uncinate, (2, 2, fig. 71); così pure fisso il limite inferiore della cruentazione sulla parete laterale d'ambo i lati (fig. 71 in 4), press'a poco al limite inferiore del canal vaginale.

Cominciando poi da un lato, di solito da sinistra, incido prima come

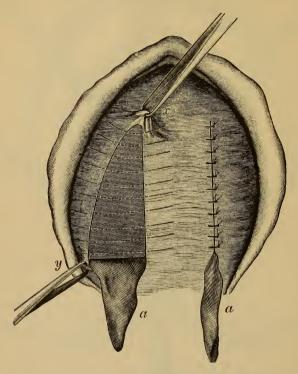



Fig. 72. — Prima parte della operazione di Martin. Eliotrorrafia doppia laterale. *a*, lembi dissecati. *x*, pinza all'estremo superiore della colonna posteriore. *y*, pinza ai lati. La parte sinistra è cruentata e suturata: la destra è cruentata, coi fili in posto.

alla fig. 71 da 2 ad 1 il margine della colonna dall'alto al basso, quindi limito la cruentazione all'esterno verso la parete laterale (fig. 71. 2. 3. 4) fino ad arrivare all'angolo inferiore esterno, dove è infissa la pinza. Il triangolo di mucosa così delimitato (1, 2, 3 e 4 fig. 71) viene dissecato, e subito si procede alla riunione della ferita in modo da affrontare A con A (fig. 71). Nello stesso modo procedo dall' altro lato e, messa in posto la sutura, vengo a riunire B con B (fig. 71 e 72). Finita così l'elitrorrafia, si tolgono le pinze poste alle estremità di queste incisioni laterali.

Nel praticare la sutura si deve porre attenzione a che la colonna posteriore, nel mentre vien spostata lateralmente, venga anche accorciata nel suo diametro longitudinale. Ciò si ottiene col mettere i punti assai vicini lungo la parete laterale, un po' più lontani l'uno dall'altro nella colonna.

Allora si comincia la *perineauxesis* coll'incidere trasversalmente la colonna posteriore a livello dell'estremo inferiore delle suture praticate

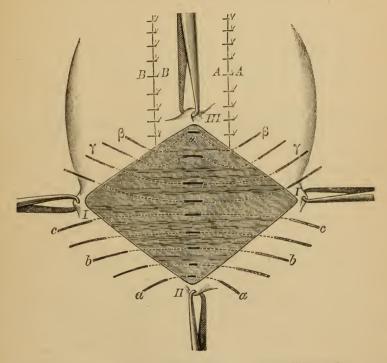



Fig. 73. — Seconda parte. Perineauxesis, dopo compiuta l'elitrorrafia.
I-I. Punti estremi della cruentazione perineale. *II*, Punto di mezzo dell'incisione alla commessura posteriore, appena al davanti dell'ano. *III*, Estremo inferiore della colonna posteriore.

(fig. 73 in III). Dalle estremità di questa incisione si prolungano d'ambo i lati altre incisioni, che vanno press'a poco fino al limite inferiore delle piccole labbra (β-I, fig. 71 e 73 III-I). Infine per completare il lembo si scolpisce una incisione alla commissura posteriore circondante l'ostio vaginale, coi suoi estremi agli estremi della linea precedente, cioè al limite inferiore delle piccole labbra (*a*, *b*, *c*, *d*, fino ad I fig. 71, e I-II, fig. 73). La superficie così delimitata viene cruentata, resa perfettamente regolare, e suturata.

La sutura si fa in modo da riunire dapprima le due incisioni della

pareti laterali (III-I fig. 73): per far ciò si impianta un filo robusto nella parete laterale, là ove corrisponde l'angolo fra la cruentazione vaginale e la perineale (α-β fig. 71 e 73). Il primo filo vien fatto passare nello spessore dei tessuti, e vien fatto emergere press'a poco sulla linea mediana al limite inferiore della colonna (α fig. 73) quindi, impiantato di nuovo, vien fatto passare sotto la superficie cruenta per uscire nel punto corrispondente dell'altro lato, all'angolo fra la cruentazione vaginale e la perineale. Allacciato questo punto, e coperto con questo e con un altro a ridosso di esso l'estremo inferiore della colonna, si procede a riunire tutta la superficie cruenta, che sta nell'introito, andando fino alla fine (γ γ, I-I, *a*-*a*, *b*-*b*, *c*-*c*, fig. 73).

La paziente vien poi riportata in letto, tenendole le gambe riunite, senza necessità di una medicazione locale.

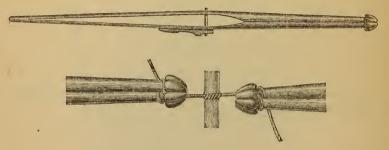



Fig. 74. — Pinza a torsione di Baumgärtner.
a, pinza a metà grandezza. *b*, i fili assicurati alle pinze.

Per la sutura, fino all'autunno del 1885 mi servivo di seta intrecciata (marca *Turner*), e posso dire che i risultati ottenuti furono costantemente buoni. Alcune volte i punti suppurarono, e spesso si trovò molto difficile la rimozione dei punti da una vagina così ristretta. Dopo che per suggerimento di Schröder (Società di Ost. e Ginec. di Berlino 1885 (1) imparai a conoscere il catgut all'olio di ginepro preparato secondo la formola del Küster (otto giorni nel sublimato 1 : 1000: poi conservazione in una parte d'olio di ginepro e due di alcool), non mi servo più per queste plastiche che del catgut, Della seta non mi servo che in rare occasioni, sempre nella sutura della ferita addominale e nella ventrofissazione. Nelle fistole vescico-vaginali uso il filo d'argento.

Quasi sempre adopero la sutura continua (2), specialmente nei punti profondi. Superficialmente si applicano allora dei punti staccati dove lo richieda l'esatto combaciamento dei margini. L'ago, montato con un

(1) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Vol. 12.°, p. 213.
(2) Schröder, L. c., e Brose ibid.

lungo filo di catgut, viene impiantato all'angolo superiore della ferita, fatto passare sotto i tessuti cruentati, e fatto emergere dall'altra parte a conveniente distanza; il filo si annoda allora in vicinanza al suo estremo libero.

Il capo più corto viene affidato ad un assistente, che per tenerlo fisso può giovarsi assai opportunamente della pinzetta di Baumgärtner (fig. 74 *a*).

L'ago viene poi impiantato non più nella mucosa, ma in seno alla parte cruentata, e viene estratto sempre nel campo della cruentazione, stirando poi fortemente sul filo. Mentre l'assistente tien teso il filo, si procede nello stesso modo per un altro punto, e così via finchè il fondo della ferita sia stato tutto riunito, da un estremo all' altro. Giunti all'estremità inferiore, l'ago vien fatto uscire attraverso il margine della mucosa. Se con questa sutura profonda la superficie fu ridotta tanto che i margini mucosi si lascino facilmente portare a mutuo contatto, si compirà la loro riunione ritornando colla sutura continua sui proprî passi dal basso all'alto, ma impiantando ed estraendo l'ago questa volta dalla mucosa. L'estremo del filo si può annodare con quello, che era assicurato alla pinza, oppure ricorrendo al nodo dei veterinarii, annodando cioè la parte di filo, che sta presso all'ago, con quella porzione che si trova al di là della sua finestra (fig. 75, 76, 77, 78).

Se, fatta una sutura profonda, la superficie cruentata è ancora troppo ampia, sarà facile fare un secondo piano di sutura, che ci riconduce all'angolo superiore, per poi di là ridiscendere ad avvicinare i margini della ferita. Tali suture a piani concedono un facilissimo addattamento delle superfici, ed, evitando la tensione, garantiscono in modo completo la guarigione. La sutura di Werth a punti di catgut perduti diventa così superflua (1). Quanto più va avanti la sutura, si tolgono mano mano le pinze uncinate, cominciando da quelle poste ai lati. Talvolta il filo di catgut fu preso di lunghezza insufficiente: allora si può impiantare un altro filo un po' più in su, ed annodarlo col primo, oppure si annoda definitivamente il primo, e si comincia ex novo la sutura con un secondo filo. È raro che il catgut all'olio di ginepro si rompa per le trazioni, ma piuttosto per un contatto anche lieve col bordo dell'ago. Non per questo è perduta la parte di sutura già fatta. Si cerca il capo del filo, si tira su di esso, e lo si annoda col nuovo filo, che si fa passare sotto la sutura già fatta. Se la superficie è ridotta tanto che i margini vengono a mutuo contatto, si può compiere la chiusura della ferita con punti di sutura nodosa.

Lauenstein ha fatto la proposta (Centralblatt f. Gynäkologie 1886

(1) Centralbl. f. Gyn. 1879 N. 23.

n. 4) di tenere i fili subito al disotto della superficie, in modo che la continuità dei margini della ferita non sia interrotta all'esterno da alcun filo, nè da alcun tragitto d'ago.

Il decorso della sutura nella colporrafia anteriore è rappresentato dalla fig. 75.

È utile di non fare cruentazioni troppo estese, perchè si trovereb-

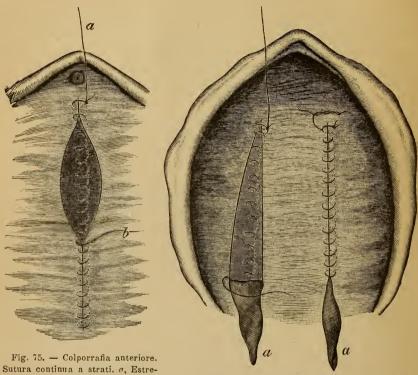



Fig. 75. — Colporrafia anteriore. Sutura continua a strati. *a*, Estremo superiore del filo. *b*, Estremo inferiore.

Fig. 76. — Prima parte della operazione di Martin, con sutura continua a strati. *a*. lembi dissecati.

bero difficoltà nella riduzione, e la parete anteriore verrebbe eccessivamente stirata. Usando la sutura nodosa si comincerà di regola dall'alto. Si mette alternativamente un punto profondo sotto tutta la ferita, ed uno più superficiale; i fili si annodano subito, e si fa colla massima rapidità la chiusura della parte cruentata.

Quanto più questa va diminuendo, tanto meno necessario diventa il tenderla colle pinze uncinate, che perciò vengono tolte cominciando dalle laterali. Se non si riesce a stringere un punto profondo in modo di portare i margini a mutuo contatto, e si vedono i tessuti tendersi in modo compromettente per la guarigione, si seguirà il consiglio di Hegar, po-

nendo sopra e sotto al punto profondo delle suture superficiali, e, avvicinati con queste i margini, si annoderà il punto profondo. Con questa sutura si ottiene una ferita lineare riunita da un gran numero di fili.

Col mio metodo di colporrafia posteriore, ed usando la sutura continua al catgut, viene chiusa immediatamente, ciascuna per sè, ognuna delle superfici cruentate. Per far seguire alla elitrorrafia la perineauxesis, ricorro ancora come punto di passaggio (β — α — β fig. 73) ad alcuni fili robusti di catgut, che vengono impiantati a sinistra verso l'estremo di A nella parte laterale, decorrono nello spessore dei tessuti fino all'estremo della colonna posteriore, qui vengono estratti ed infissi di nuovo, per riuscire alla parete laterale, all'estremità di B.

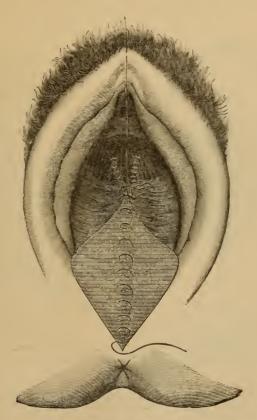



Fig. 77. — Sutura continua a strati nella perineauxesis.

Questi fili devono sopportare una forte trazione. Solo in γ od anche al punto successivo si comincia colla sutura continua, e di qui si decorre con un piano profondo fino in vicinanza all'ano. Per lo più occorre

un secondo piano in direzione opposta, che risalga fin verso la vagina; solo allora si potranno collo stesso filo riunire i bordi della ferita.

Il filo dovrà annodarsi all' esterno, appena al disopra dell'estremo inferiore della cruentazione. Se la perineauxesis ha poca estensione, finito il primo piano si possono già riunire i margini, ed allora il nodo cadrà in alto verso la vagina.

Usando la sutura con seta, si porranno i punti in A e B nel solito

Fig 78. — Seconda parte dell'operazione di Martin, *aa*. Elitrorrafia laterale doppia. *b*, Capo superiore del filo. *c*, Capo inferiore.

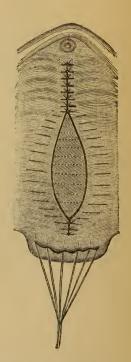



Fig. 79. — Sutura nodosa nella colporrafia anteriore.

modo: in α e β come abbiamo or ora descritto, poi regolarmente in γ, δ, ε, ecc. (fig. 73).

I capi del filo si taglieranno molto brevi: eventualmente l'ago si farà emergere sulla linea mediana per infiggerlo di nuovo, affine di evitare che si comprenda troppa massa di tessuto in una volta. Chiuso l'introito fino a livello delle piccole labbra (fig. 73), nel prolungamento del rafe perineale resta una fessura superficiale, a chiudere la quale basta un piccolo numero di punti superficiali (*a*, *b*, *c*, *d*, fig. 73). La sutura finita presenta l'aspetto della fig. 80.

L'irrigazione continua durante l'operazione è di grande vantaggio, perchè mantiene pulito il campo operativo e rende superfluo l'uso di spugne o battuffoli.

La cura consecutiva sarà possibilmente aspettante. Per 17-19 giorni le pazienti saranno mantenute rigorosamente nel decubito dorsale, colle gambe tenute unite da un giro di fascia. Per soddisfare ai bisogni corporali dovranno ricorrere alla padella, e, se vi è difficoltà ad urinare, si farà da mano esperta e cautamente il caterismo. Dal quarto giorno si promuoveranno le defecazioni con olio di ricino, infuso di senna o sali medii. La vagina non dovrà essere lavata, ma ogni volta che la donna ha urinato si laveranno i genitali esterni, divaricando di poco le gambe. Le linee di cicatrice restano allo scoperto. Dopo 17 a 19 giorni si per-

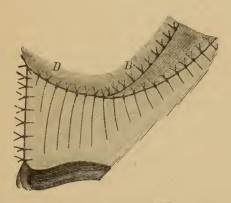



Fig. 80. — Risultati della colporrafia posteriore di Martin, in profilo. *A-B*, Elitrorrafia *D-F* e *C-E-F*, Perineauxesis.

mette alla donna di sedere, e il giorno successivo di alzarsi. Di solito le pazienti risentono per un po' di giorni gli effetti di questa lunga degenza a letto sotto forma di una certa rigidità al dorso e alle gambe, ma si vedono poi riaversi assai rapidamente, quando la scomparsa degli antecedenti disturbi permette loro di muoversi con assai maggior libertà. I fili di seta si tolgono al 24.° o 25.° giorno.

Raramente la guarigione è incompleta, se la donna fu irrequieta, se si alzò troppo presto, se fu mal curata da inesperte infermiere.

Allora si raccomanda la sutura secondaria (1), che io ho potuto impiegare con ottimo risultato nelle rettoplastiche.

È soltanto due mesi dopo l'operazione, che di regola le donne ripigliano piena libertà di movimenti. Si raccomanderà caldamente di evitare ancora per due o tre mesi i rapporti sessuali, e di astenersi da

(1) Veit, Deutsche med. Wochenschrift 1881 pag. 280.

lavori troppo faticosi. Del resto, quando le pazienti vengono dimesse (22-24 giorni dopo l' operazione), io insegno loro a farsi, colle debite precauzioni, delle lavature vaginali, aggiungendo all'acqua dell'acido pirolegnoso rettificato, o una soluzione iodica (Tintura d'iodio 25, Ioduro potassico 5, Acqua 170, 1 cucchiaio in un litro di acqua tiepida) o qualche altro blando disinfettante od astrigente. Passata un'altra settimana, si prescriveranno semicupii, che tornano del resto molto graditi alle pazienti.

Il metodo operatorio indicato merita, secondo me, la preferenza sugli altri finora conosciuti, perchè si fonda direttamente sui rapporti anatomici delle parti. Del resto l'operazione non è più complicata che cogli altri processi, anzi è più semplice, perchè le superfici da cruentarsi nei singoli tempi dell'operazione sono più piccole. Perciò anche il meno esercitato correrà in minor grado il pericolo che i margini della ferita non si lascino portare a contatto. Questo processo è anche meno grave, perchè, essendo piccola la superficie cruentata in ognuno dei tempi dell'operazione, si potrà più facilmente evitare una eccessiva perdita di sangue. Infine la cicatrizzazione in vagina avviene colla massima regolarità; ciò è già un gran vantaggio, anche se fallisce la riunione sul rafe perineale, come può benissimo accadere per qualche incidente, se per es. una malata impaziente si mette troppo presto a sedere, o per inabilì manovre da parte del personale di guardia.

I risultati da me ottenuti con questo metodo li ho comunicati alla Società di Ostetricia e Ginecologia di Berlino il giorno 11 Dic. 1885 (ved. Deutsche med. Wochenschr. 1886 n. 2).

La seguente tabella dà un idea dello sviluppo nella frequenza delle operazioni di prolasso.

Statistica delle operazioni di prolasso di A. Martin.

	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	Totale
Colporrafia ant.	45	39	60	98	128	123	118	611
Colporrafia post. *Martin* .	38	36	51	95	110	97	102	529
Colporrafia per *Hegar* . .	13	18	25	22	48	65	62	253
Rettoperineoplastica . . .	5	6	7	5	6	9	11	49
Totale. . .	101	99	143	220	292	294	293	—

Nel 4 $^0/_0$ appena dei casi l'utero era tanto normale da non richiedere alcuna cura; l' endometrite, la metrite, le alterazioni di forma e di posizione furono opportunamente curate, e 12 volte si aperse in ciò fare lo spazio del Douglas, senza che ne risultasse alcun inconveniente: 21 volte prima dell'operazione sulla vagina si fece amputazione del collo e raddrizzamento dell'utero, ottenendosi una cura definitiva della retro-

flessione esistente. Negli altri casi (più del 90 $^0/_0$ erano accompagnati da retroflessione) questo spostamento presto o tardi si riprodusse.

Dall'estate del 1892 io ho addottato nelle retroflessioni con prolasso vaginale il processo di fissazione vaginale di Mackenrodt, di cui già ci siamo occupati. In tal caso nella colporrafia ant. la cruentazione al terzo inferiore della vagina dovrà essere meno estesa, affinchè i fili, che devono comprendere il corpo dell'utero, abbiano una presa sufficiente. Nessuna difficoltà offre lo scollamento della vescica, nè la fissazione dell'utero alla parete anteriore della vagina.

La combinazione coll'isterectomia vaginale, di cui si fece cenno, fu da me attuata in 32 casi (fino alla fine del 1892). Mackenrodt ha operato 6 casi nel mio istituto. Isolato l'utero nel modo che vedremo, si pratica la colporrafia anteriore estendendo molto la cruentazione sul fornice. L'unico caso di morte si verificò al 16.° giorno per embolismo dell'arteria polmonare.

Fino alla fine del 1892 questa combinazione non mi diede che una sola recidiva. La povera donna doveva assoggettarsi a lavori faticosi, senza vitto sufficiente.

Nella colporrafia anteriore io do maggior importanza al rafforzare la parte bassa della parete che non il fornice: in ogni caso esporto le pieghe ipertrofiche in vicinanza dell'uretra, e non faccio in genere una cruentazione molto estesa.

Per evitare un eccessivo accorciamento della parete anteriore, che comprometterebbe il risultato finale, vien mantenuta fino alla fine della sutura la distensione della parete vaginale. Coll'aumentare i piani della sutura si previene meglio lo sfavorevole accorciamento.

La colporrafia posteriore la opero col metodo di Hegar, quando il piano perineale è poco rilasciato ed è poco pronunciato l'abbassamento della vagina; altrimenti opero sempre col mio metodo.

Rarissime sono le emorragie secondarie, se le superfici sono perfettamente adattate a mutuo contatto.

In 9 casi si sviluppò una parametrite più o meno estesa con elevazione termica persistente; e di questi 9 casi, 7 guarirono perfettamente, in 1 si ottenne per lo meno un sufficiente rinforzo del setto retto vaginale. Due volte l'essudato si risolvette lentamente. Uno di questi casi fu guarito da altri coll'incisione, nove settimane dopo l'operazione. L'infezione della ferita accade ben raramente. Non mi è mai occorso di dover riaprire la ferita. Nel 3 $^0/_0$ circa dei casi la colporrafia anteriore ebbe una cicatrizzazione incompleta. Le due cruentazioni laterali della parete posteriore diedero costantemente una riunione per prima: la perineauxesis in circa 85 $^0/_0$ dei casi. Nel 12 $^0/_0$ all'incirca si ebbero irregolarità della cicatrice, che non disturbarono il risultato finale: solo nel 3 $^0/_0$ la cicatrizzazione del perineo procedette per seconda intenzione.

Se si riflette quanto sia comune l'associazione del prolasso con cicatrici di vecchia data, con peri e parametriti croniche, e con spostamenti d'ogni sorta, questo risultato sarà sempre da considerarsi come ottimo, massime pensando che queste complicazioni si sono verificate su un numero così esteso di casi, con superfici cruente così ampie e con così svariate alterazioni patologiche preesistenti.

Delle mie malate, sola una quarta parte per le circostanze di età e di rapporti sociali erano in grado di incontrare un'altra gravidanza dopo l'operazione (l'età media delle mie operate di prolasso è qualche cosa al disopra dei 40 anni). Fra queste solo 6 furono direttamente assistite nel parto da me o dai miei assistenti: altre, in numero maggiore, io ebbi occasione di visitare dopo un tempo più o meno lungo dal parto; in altri casi ebbi solo notizie indirette della gravidanza. Quelle da me stesso vedute durante o dopo il parto hanno superato senza alcuna lesione ai tessuti cicatriziali questa prova del risultato operativo: il parto, tranne poche eccezioni, aveva avuto un decorso normale. Se si pensa che spesso è soltanto per vie assai indirette che si ha notizia degli esiti delle proprie operazioni, e che per lo più, trattandosi di una clientela che non dimora nella sua massima parte là dove ha domicilio il medico, non si hanno quasi più notizie delle pazienti guarite, l'esito da noi accennato può a buon diritto considerarsi come pienamente soddisfacente.

In ogni modo da queste mie esperienze io posso affermare pel mio metodo ciò che altri operatori hanno rivendicato pei loro procedimenti: che cioè con questo modo di curare il prolasso non viene menomata n la vita sessuale, nè la fecondità della donna, e che anche sotto questo punto di vista si ottiene una specie di *restitutio ad integrum.*

Mi parrebbe fare una colpa di omissione, se non riferissi i casi nei quali il risultato durò solo un tempo più o meno lungo, e si ebbe poi recidiva del vecchio male. In tutto io ho avuto notizie di 13 casi di recidiva: di questi alcuni erano, potrei dire, verosimilmente prevedibili, sia perchè esistevano complicanze, perchè l'operazione, ad es. era stata eseguita con catgut non debitamente preparato, sia per emorragie, che avevano necessitato un successivo tamponamento, sia perchè non si era a sufficienza rispettato il periodo di convalescenza. Così decorsero 7 dei 13 casi indicati.

In questo gruppo si potrebbe collocare anche una donna, nella quale, dopo un risultato addirittura perfetto della sutura continua, la recidiva venne in scena appena scorsi tre mesi; la cicatrice in vagina ed al perineo si poteva constatare ancora completamente integra: si era però sviluppato uno speciale edema al lato destro, che forse non era altro che un effetto finora non mai avvertito degli stiramenti subìti dal pavimento pelvico, e perciò di transitoria importanza, ma che riproduceva tuttavia in modo assai molesto la sensazione di una recidiva, tanto più che durante i premiti facevasi sporgente alla vulva la parete laterale destra della vagina.

Quattro volte l'involuzione senile progressiva di tutto il corpo, assieme all'insufficiente nutrimento ed alla mancanza in genere di cure, determinò la scomparsa dell'adipe negli organi genitali ed un graduale rilasciamento di tutte le parti costituenti il pavimento pelvico, d'onde riproduzione dell'arrovesciamento della vagina e recidiva del prolasso. In due casi non fui capace di rintracciare alcuna causa, che mi spiegasse la recidiva dopo una guarigione quasi ideale della ferita operativa.

Nel maggior numero dei casi di recidiva ho potuto constatare che la cicatrice era benissimo conservata anche nei suoi singoli segmenti, e specialmente mi stupirono tre casi, nei quali la paziente si era mantenuta in perfetto riposo, e i genitali sembravano regolarmente addossati, ma solo nel premere facevano sporgenza nuove pieghe della vagina. In talune di queste donne ho rinunciato a priori a tentare una nuova operazione del prolasso, accontentandomi di ricorrere a pessarii vaginali.

In altri casi, vista di buon'ora la tendenza al rinnovarsi della procidenza, mi bastò istituire quella cura che si usa generalmente negli stadî iniziali del prolasso puerperale, cioè tamponi con glicerina e tannino, irrigazioni astringenti, riposo, semicupii, e astensione, possibilmente, da ogni sforzo corporale. In tutti i casi mi parve meritare speciale importanza la raccomandazione di evitare gli eccitamenti sessuali.

Solo tre donne si sottoposero ad una nuova operazione del prolasso. Due ne guarirono perfettamente al punto da poter attendere in modo continuo ai loro mestiere di lavandaia: fra la prima e la seconda operazione passò un intervallo di cinque anni. L'altra è quella di cui già parlammo a proposito della colporrafia mediana.

III. — Lacerazione del perineo. Perineoplastica.

Le lesioni del perineo si determinano prevalentemente durante il parto, e solo eccezionalmente all'infuori del parto per traumi dovuti a colpi, a cadute, o ad operazioni intente a togliere neoplasmi formatisi nel canale genitale.

Appena avvenuta una lacerazione perineale durante il parto, si dovrà sempre tentare di ripararvi: ma spesso questo tentativo urta in varie difficoltà, sia per le condizioni momentanee della partoriente o della ferita, sia perchè si oppongono alla riunione i processi proprii del puerperio o la cicatrizzazione delle masse di tessuti a forza divise; così può accadere che le lacerazioni perineali capitino alla cura relativamente tardi, e quando già da tempo sono cicatrizzate. Per molti medici l'allattamento figura come una controindicazione alle operazioni plastiche: più spesso è fallito un tentativo fatto immediatamente dopo il parto, e un nuovo tentativo viene protratto ad epoca sempre più lontana. In altri casi l'operazione viene rimandata unicamente per man-

cato suggerimento da parte del personale di cura, o per l'indolenza delle pazienti, che ricorrono al nostro aiuto solo quando il difetto nel piano perineale ha altri fenomeni secondarii per conseguenza.

Le lacerazioni perineali sono incomplete e complete.

1.° Lacerazioni perineali incomplete. Il perineo si lacera di regola lungo il rafe perineale, a partire dalla commissura vulvare posteriore,

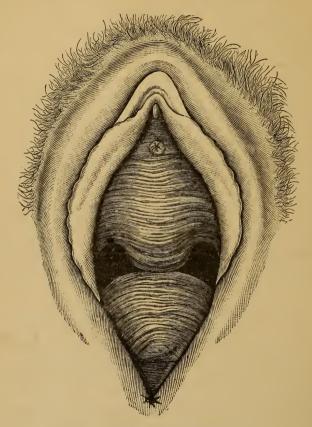



Fig. 81. — Lacerazione perineale superficiale.

fino in vicinanza all'ano. La lacerazione in vagina per lo più si tiene sulla linea mediana fino all'estremo inferiore della colonna, poi si dispone ad un lato di questa, o la abbraccia d'ambo i lati; di regola la lacerazione si dirige verso quel lato, dal quale fu partorito l'occipite (fig. 81).

È raro che la lacerazione interessi la colonna posteriore staccandone un lembo. Nel processo spontaneo di riparazione si ha per lo più al posto della commessura un tessuto cicatriziale resistente, distinto per

il suo bianco aspetto, i cui prolungamenti raggiati determinano una retrazione irregolare dei tessuti circostanti, d'onde la formazione di grosse sporgenze della mucosa fra le propaggini del tessuto cicatriziale.

Anche ad intestino integro la cicatrice può ostacolare notevolmente l'estensibilità dei tessuti, che stanno davanti al retto, e disturbare perciò in un certo grado il regolare svuotamento dell'intestino. L'ostio vaginale è beante, e vi fanno sporgenza le pareti laterali, l'anteriore e la posteriore della vagina: e così, formandosi un cistocele ed un rettocele, si stabilisce una procidenza completa.

2.° Lacerazione perineale completa. Il retto si trova per lo più spaccato sulla linea mediana della sua parete anteriore. Più in alto la lacerazione segue la via che tiene in vagina. La retrazione cicatriziale rende più beante la fessura della parete intestinale. I residui dello sfintere subiscono una ulteriore retrazione: la mucosa fortemente arrossata fa ectropio, tanto che si può avere un vero ed esteso prolasso della mucosa (fig. 82). È relativamente raro che queste lacerazioni risalgano per più di 5 centimetri nell'intestino. Molto più comunemente è intaccato il solo sfintere anale, cosicchè l'intestino resta aperto per una estensione di 2 a 3 centimetri. È notevole il fatto della rara associazione del prolasso uterino alle lacerazioni alte del setto retto vaginale con profonda distruzione di tessuti, forse perchè l'utero e tutto il pavimento pelvico sono fissati da essudati, che si sviluppano in seguito al parto laborioso.

Talvolta la lacerazione non interessa l'intestino per la sua parete anteriore, ma, girandogli a lato, lo coglie da una parte, cosicchè la spaccatura guarda lateralmente: ancora più raramente lo squarcio lascia completamente intatto l'intestino, e, passandogli a lato, si dirige estesamente all'indietro fin verso il coccige, interessando cioè il così detto perineo posteriore.

Sintomi. — È rarissimo che una rottura del perineo dia luogo immediatamente a grave emorragia. Ed è pur degno di nota che le lacerazioni non puerperali dànno sangue più delle puerperali. Anche con lacerazioni molto estese si vedono le donne, col procedere della cicatrizzazione, superare tutte le molestie senza intervento medico: mano mano esse vanno ripigliando un certo potere sul proprio intestino e sul pavimento pelvico. Al contrario altre donne, anche per lacerazioni di grado lieve, si lamentano d'intollerabili molestie, che rendono loro impossibile la deambulazione e la stazione eretta, ed il lavoro di qualsiasi genere, e che diventano sopportabili appena nel riposo in posizione dorsale; e ciò prima che, per lo stato di incompleta chiusura dell'ostio vaginale, venga in scena uno stato cronico irritativo della parte inferiore della vagina od un vero prolasso di questa. I sintomi della lacerazione perineale dipendono essenzialmente dalla soluzione di continuo nel pa-

vimento pelvico. Se questo non è più in grado di sostenere l'utero, la vescica e gli intestini, e se le stesse pareti vaginali si introflettono nel lume della vagina, si sviluppa quella sensazione di mancanza di sostegno alla vagina, quasi che le pareti vaginali avessero tendenza a fuoruscire, sensazione che molesta in grado estremo la donna. Anche nelle

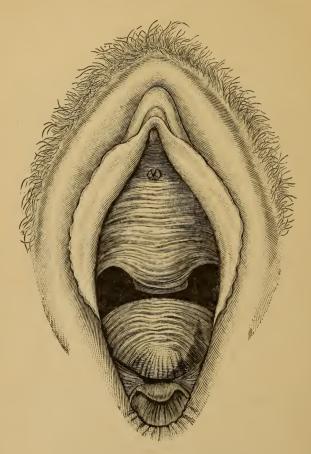



Fig. 82. — Lacerazione perineale e rettale.

lacerazioni incomplete si manifestano i sintomi del *descensus*, poi del prolasso della vagina e dell'utero, e in modo speciale il prolasso della parete posteriore con rettocele. Se poi si aggiungono sintomi irritativi alla parte bassa della vagina, dovuti a penetrazione di pulviscoli nel canale beante, a imbrattamento con urina e feci, la lacerazione, se anche ncompleta, può dare i più intensi disturbi. Disturbi che diventano addirittura intollerabili se, lacerato completamente il perineo, la donna

perde ogni potere sull'apparato occlusore del retto, e si ha emissione involontaria non solo delle feci, ma, ciò che è ancor più penoso, di gaz intestinali. Prescindendo dalla parte fisica del male, la donna, che si trova in queste condizioni, è sconcertata in modo insopportabile nei rapporti sociali, e cade per lo più in preda a profonda melanconia.

Prognosi. — Un miglioramento non si può sperare, se prima non siano ripristinati i normali rapporti delle parti, quantunque si vedano talora delle lacerazioni incomplete guarire spontaneamente e perfettamente in puerperio. Una guarigione non si può ottenere che da operazioni plastiche.

Per l'operazione della lacerazione perineale valgono precetti diversi, a seconda che si tratta di male recente o di antica data.

1.° Per curare le lacerazioni perineali recenti il miglior espediente sarà di riunire subito nei loro primitivi rapporti le parti separate. Per questa operazione, se è possibile, sarà meglio narcotizzare la paziente; spesso si ha però a che fare con donne così esauste, che non sentono gran dolore dall'operazione, o che tollerano pazientemente i punti non molto numerosi. La narcosi concede di disporre comodamente la paziente, occorrendo, anche su di un tavolo, il che torna di non poco utile nella sutura. — Si pulisce accuratamente la ferita dal sangue, che vi aderisce coll'irrigazione permanente, e dai frustoli di tessuto colle forbici: si portano a combaciare le parti, e si uniscono con punti profondi non troppo ravvicinati. Si farà speciale attenzione a che non rimangano delle cavità profondamente. La sutura segue l'andamento della lacerazione, rasentando la colonna posteriore, chiude il rafe perineale e la commissura posteriore, e in ogni modo riunisce in tutta la loro estensione e in modo robusto le parti lacerate.

Ancora più semplice è la sutura continua col catgut, metodo più spiccio, che offre evidenti vantaggi per la donna già esausta e madida di sudore, e che previene con maggior sicurezza l'irritazione, che potrebbe trasmettersi lungo i fili bagnati dal secreto lochiale. Il modo di mettere in posto il filo varierà a seconda dell'estensione della ferita; si farà con uno o più piani la sutura profonda prima di riunire i margini della ferita (1).

Anche in questi casi è meglio attenersi in seguito soltanto a lavature esterne; le puerpere dovranno tenere il letto fino al 14.° giorno; dal 10.° all'11.° si tolgono i punti esterni, nel caso si sia fatto uso della seta. Sarà meglio evitare in modo assoluto le irrigazioni vaginali.

2.° Nelle lacerazioni incomplete di antica data passate a cicatrizzazione molti adottano i precetti, che si descrivono per l'operazione di colporrafia posteriore. Prevale oggi il metodo a scollamento di lembi,

(1) Bröse, Centralbl. f. Gyn. 1883, p. 777.

introdotto nella pratica da Lawson Tait nel 1880 (1). Non faccio che accennare al metodo suggerito prima da Langenbeck (2), poi in altra forma da Wilms (3), Staude (4) ed altri. In Germania Sänger (5) ha il merito di avere molto fatto per la storia, la diffusione e la tecnica di questo metodo: come Simpson (6) in Inghilterra e Doléris (7) in Francia. Il principio del metodo a scollamento è dimostrato dagli uniti schizzi (fig. 83), che io tolgo dal trattato di Fritsch (Ediz 5.ª p. 48). Le fi-

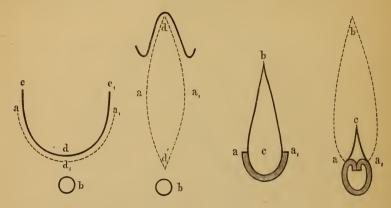



Fig. 83. — Schema della operazione a lembi.

Operazione per la lacerazione incompleta. *cc*, commissura posteriore. *aa,* incisione semilunare donde si incomincia a dissecare in profondità. *b,* ano — Stirando il punto *d* in alto e *d,* in basso, la incisione trasversale diventa verticale. I punti *aa,* estremità della incisione trasversale vengono a trovarsi sul punto di mezzo della ferita verticale.

Operazione per la lacerazione completa. *aa,* estremità dello sfintere lacerato. *c,* apertura della parete rettale. *b,* estremo superiore della lacerazione rettale. *ab* e *a, b* margini cicatriziali ove si toccano la mucosa vaginale e la rettale, e dove penetra il tagliente per separare i due strati — La vagina è stirata in alto. *aca,* riunione della lacerazione rettale. *abà,* pareti della vagina.

gure 84 ed 85 dimostrano il procedimento di Tait, le figure 86 e 87 quello di Simpson.

Le mie esperienze con questo metodo le ho consegnate nella Berliner kl. Wochenschrift 1889 N.° 6. Successivamente vi ho rinunciato, avendo notato che le malate conservavano dei forti e non indifferenti disturbi da parte dell'intestino. Si formava nella parete rettale anteriore una tasca, in cui si soffermavano le feci, che non venivano eva-

(1) Lawson Tait, Obst. Soc. of London XXI, 1879-1880.
(2) Biefel, Monatsch. f. Geb. XV, 1860 p. 401.
(3) Güterbock, Archiv. f. Klin. Chirurgie XXIV, 1879.
(4) Zeitschrift für Geb. u. Gynäk. V, 1880.
(5) Volkmanns Klin. Vorträge, N. 301.
(6) Manual of Ginecology, 1886, III. 15.
(7) Nouvelles Arch. d'obst., 1881, N. 6.

cuate che con grande stento. In due casi gli sforzi violenti della defecazione avevano dato luogo ad una fistola retto perineale: in ambedue queste donne dovetti incidere di nuovo la cicatrice, e rimediare con una comune plastica rettale.

Nelle mie prime operazioni per lacerazioni complete avevo adottato io pure i precetti di Hegar (1). Poi, sotto l'influenza delle osservazioni di Freund (2), mi sono sempre preoccupato anche nelle operazioni perineali di riunire le parti, che anatomicamente si corrispondono, risparmiando il sostegno che la colonna mediana porta alla parete vaginale posteriore.

Operazione delle lacerazioni incomplete.

Preparata opportunamente per più giorni con completo svuotamento dell'intestino, la donna viene disinfettata con sapone e nel bagno. Si preferisca l'epoca fra due mestruazioni, evitando il periodo immediatamente successivo alle regole. Una mestruazione, che venga in scena 2-3 giorni dopo la operazione, non spiega nessuna influenza nociva.

La paziente narcotizzata viene collocata come alla fig. 15. Poi, sotto l'irrigazione permanente con acqua salata all'uno $^0/_0$, si afferra con una pinza uncinata il limite superiore della lacerazione perineale, e lo si trae, per quanto è possibile, presso all'ostio vaginale. Se il limite è lateralmente alla colonna posteriore, si impianterà la pinza in questa piega laterale; se è sulla linea mediana, è qui che si fisserà lo strumento. Due altre pinze uncinate tengono tesa la vagina all'estremo inferiore della colonna, dove la lacerazione passa sulla linea mediana: fra queste pinze uncinate si disegna il lembo, che comprende la cicatrice, e lo si disseca per riunire poi accuratamente colla sutura le superfici dopo averle bene regolarizzate. La cicatrice lineare così ottenuta termina sulla linea mediana all'estremo della colonna posteriore: si tolgono le pinze, e si riducono le pareti vaginali, che fino a questo momento erano stirate in basso.

Se la colonna è abbracciata da ambo i lati da zone cicatriziali, si cruenteranno l'una dopo l'altra, come nella operazione del prolasso.

Per rifare il perineo propriamente detto, si disseca un lembo, che comincia in alto alla colonna posteriore e si stende in basso fino al limite superiore della cicatrice, al davanti dell'ano. I limiti laterali sono all'estremo inferiore delle piccole labbra. Se la cicatrice è irregolare, la cruentazione seguirà queste irregolarità.

Le pinze vengono impiantate nel limite inferiore della colonna,

---

(1) Operative Gynäkologie, p. 802, 3.ª edizione.
(2) Archiv. f. Gynäk. VI, 1873, p. 317.

al limite inferiore della cicatrice davanti all'ano, ed alla estremità inferiore delle piccole labbra: fra di esse si tende il campo dell'operazione. Nei limiti segnati dalle pinze si circoscrive con una incisione il lembo, che viene poi dissecato. La superficie cruentata viene regolarizzata, nel che giova assai l'irrigazione continua, che mette in evidenza le ineguaglianze della superficie.

La sutura comincia all'angolo superiore presso la colonna. Qui ba-

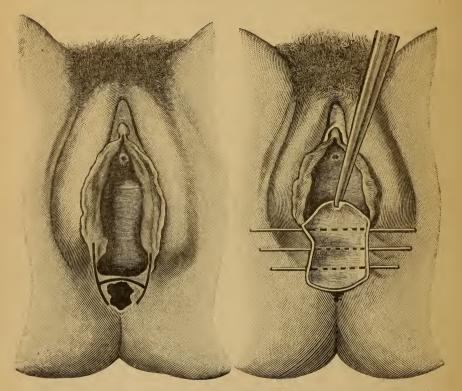



Fig. 84. — Operazione di Lawson Tait (da Hofmeier, Operationslehre 2.ª ed.).

Fig. 85. — Operazione di Lawson Tait (da Hofmeier, Operationslehre 2.ª ed.).

stano 2 a 4 punti staccati per arrivare colla sutura fino ad un punto, in cui la ferita troppo ampia non potrebbe riunirsi senza fatica. Allora si comincia la sutura continua. L'ago viene impiantato sul margine della ferita in vagina, si annoda il filo, e si prosegue la sutura continua, collocando un primo piano in profondità sulla linea mediana: a questo se ne fa seguire un secondo, nel caso che i margini non si possano senz'altro riunire senza eccessivi stiramenti (fig. 88).

Io faccio sempre la sutura continua col catgut all'olio di ginepro,

e adopero di solito un filo per la vagina e, dopo 2 o 3 punti staccati, uno pel perineo.

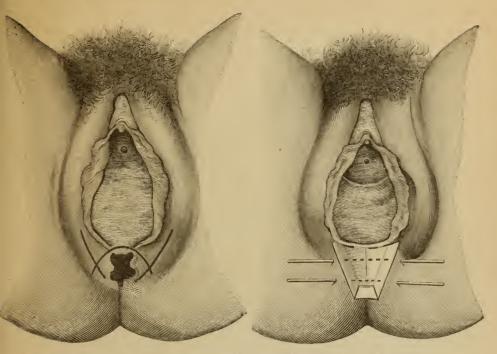



Fig. 86. — Operazione di A. R. Simpson (da Hofmeier, Operationslehre 2.ª ed.).

Fig. 87. — Operazione di A. R. Simpson (da Hofmeier, Operationslehre 2.ª ed.).

La fig. 89 mostra la disposizione dei punti nella sutura nodosa. La cura consecutiva fu già descritta.

Operazione delle lacerazioni complete.

Nella operazione delle lacerazioni complete si tratta di rifare il canale intestinale, la vagina e di ripristinare il perineo. L'avvivamento può offrire notevoli difficoltà, se la cicatrice è estesa, il difetto ampio, e se la mucosa rettale è molto stirata e facilmente sanguinante. Affinchè il contenuto intestinale non continui a farsi strada durante l'operazione, è indispensabile che l'ammalata sia preparata a dovere. Fatta per più giorni una energica cura purgativa, dalla sera precedente fino al momento dell'operazione dovrà pigliare solo scarso cibo liquido, fare bagni ripetuti con soluzioni disinfettanti, irrigazioni, ed al mattino, 4-5 ore prima dell'operazione, prenderà un copioso clistere di acqua tiepida.

La narcosi è indispensabile.

Portata la donna nella posizione dorso-pelvica col bacino rialzato, si constatano i rapporti anatomici delle diverse parti, e si recenta là dove la lacerazione vaginale, che di solito va più in alto della rettale, abbraccia la colonna posteriore. La cruentazione deve spingersi in alto; così il setto retto vaginale viene già rinforzato, prima che col procedere della sutura si raggiunga l'estremo della lacerazione intestinale (fig. 89 *e*). Senza di ciò, la sottigliezza estrema del setto in questo punto rende

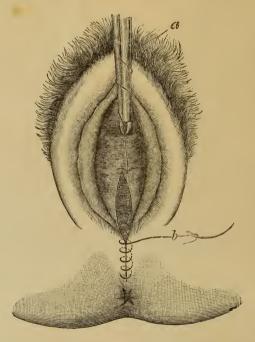



Fig. 88. — Lacerazione perineale superficiale. Sutura continua a strati. *a*, capo superiore del filo, affidato a una pinza di Baumgärtner, *b*, filo usato nella sutura, col suo ago.

assai difficile la sutura, ed è provato che compromette non di rado il risultato per la formazione di una fistola retto-vaginale.

La superficie cruentata viene chiusa colla sutura continua con catgut all'olio di ginepro.

Successivamente si viene a circoscrivere con una incisione il resto della cicatrice che si trova all'ostio vaginale. Con pinze impiantate all'estremità della colonna, al margine inferiore delle piccole labbra, e al limite fra la cicatrice, e l'orificio anale si viene a delimitare il campo operativo, ed entro questi limiti si esporta accuratamente tutto il tessuto cicatriziale (fig. 90 *a* e *b*).

Il filo della sutura continua viene impiantato in vagina, presso la

Comunque, giunta la cirrosi ipertrofica ad un periodo molto sviluppato, voi riscontrate *fatti obbiettivi* di gran momento, anzi tanto solenni, che vi possono menare all'errore. Il *fegato è più o meno grosso*, anzi, nella maggior parte dei casi, è tanto grosso che può sporgere tre, quattro plessimetri ed anche più sotto l'arco costale; ed io l'ho visto arrivare fino alla cresta iliaca, e riempire buona parte del segmento destro dell' addome : e questa *ipermegalia epatica* è il fatto più saliente della cirrosi ipertrofica. E siccome non ci è ascite, e il meteorismo è discreto, e il dolore d' ordinario è modico, così potete palpare il fegato, constatarne la irregolarità dello sviluppo e la sua durezza, notarne la superficie che sembra più o meno levigata, o con granulazioni finissime, afferrarne i bordi e osservarne la sottigliezza e la durezza.

La *milza* poi è ingrandita non come nella cirrosi atrofica, ma mediocremente sviluppata e dura. E non vi faccia meraviglia che, non avendovi io parlato nella cirrosi ipertrofica di alterazioni nel sistema della porta, e però non sapendo come spiegare quest' alterazione della milza, io debba parlarvene. Il fatto è questo: vi è un' ipertrofia della milza, come vi è una ipertrofia del fegato, e quella non è prodotta da stasi. Dicono gli autori che forse è un'ipertrofia che cammina parallelamente all'ipertrofia del fegato: per me in quella ipertrofia della milza forse tante volte devesi vedere l'origine della cirrosi ipertrofica; forse le modificazioni della secrezione biliare hanno avuto origine per alterazioni della milza, come avviene nella malaria.

L' *itterizia* é sempre notevole. Non vi parlo del leggiero coloramento subitterico delle congiuntive, non del coloramento itterico delle urine, e della presenza in queste dei pigmenti biliari, ma io vi parlo d' itterizia cospicua, come si è

solito vederla nei più gravi ostacoli al deflusso della bile, specialmente quando avviene di esaminare l' infermo in uno di quegli aggravamenti, che or ora vi dovrò dire. Qui è inutile descrivervi tutti i fatti che accompagnano l'itterizia: il prurito della pelle, le alterazioni nervose, le modificazioni degli atti cardiaci, perchè ve ne parlerò in altra occasione. E con il *grosso tumore di fegato*, col *discreto tumore di milza* e l' *itterizia*, la *mancanza dell' ascite* è un altro fatto saliente della cirrosi ipertrofica. Voi quell' addome potrete minutamente esaminarlo, e non riuscirete a dimostrare in quel peritoneo una quantità anche discreta di liquido. E se in qualche caso l'ascite si trova, è un fatto puramente eccezionale, e di complicanza, perchè nella cirrosi ipertrofica può esserci la complicante *peritonite* assai più che non nella cirrosi atrofica.

Eccovi il quadro sintomatico della malattia; si può allargarlo più o meno, descrivendo le forme che si associano all'itterizia, e i caratteri dell'itterizia, ma il quadro clinico principale rimane come io ve l'ho delineato.

Ora io intendo richiamare la vostra attenzione su quello che a me è avvenuto spessissimo di osservare, specialmente nella Signora che or ora vi citava; intendo dire delle *alternative* che si hanno nel *corso* della malattia: specie di *crisi tumultuarie*, che aggravano lo stato dell'infermo, e che sono seguite da miglioramenti, senza che di queste fasi si potesse intendere la ragione. In quella Signora io, di tanto in tanto, era chiamato per aggravamenti repentini che avvenivano, con una forma dolorifica cospicua, un aumento della tumefazione del fegato, una febbre che tante volte si accentuava più o meno, e un aggravamento notevole del generale dell'ammalata, prostrazione delle forze, depressione del sistema nervoso, profondo squallore dell'organismo. In questo stato, l'inferma

persisteva quattro, cinque, otto giorni; e dopo gradatamente, ritornava non allo stato in cui era prima dell'accesso, ma col fegato notevolmente più grosso, e un deperimento più accentuato.

E badate, che quando l'infermo vi capiti, in un momento di questi aggravamenti, voi osservate un deperimento nutritivo notevolissimo, un deperimento che vi scoraggia e vi fa pensare al carcinoma. Io da qualche tempo in qua, non più ci sono capitato, perchè quando veggo un'itterizia profondissima con tumore di fegato, esamino subito la milza, e se trovo la milza ingrossata, non vado più all'idea di carcinoma. Ma se voi dovreste badare soltanto al tumore di fegato ed al deperimento nutritivo, credo che, nella maggior parte dei casi, vi sentireste trascinati ad ammettere un carcinoma epatico.

Da che dipendono questi aggravamenti, che precipitano il corso della cirrosi ipertrofica, e che tante volte sono la cagione della morte? Vi ha scrittori che li fanno dipendere dalla migrazione di qualche calcolo, e in qualche caso è perfettamente così; ma molte volte però, per quante ricerche si facciano, questo calcolo non si trova. Io son convinto che dipendono da disturbi digestive, dall' introduzione cioè nel sistema della porta di sostanze più o meno nocive, di sostanze più o meno non digerite, le quali alterano la secrezione biliare, ed è questa secrezione biliare alterata che aggrava la cirrosi. Però, qualche volta dipendono da condizioni nervose; ed io ho visto, in una condizione morale tristissima, sopraggiungere quest' aggravamento repentino; forse perchè la condizione nevropatica può modificare la secrezione biliare. Voi abbiate presenti questi fatti, perchè avete l'obbligo di vigilare severamente la digestione degl' infermi, per non permettere l'introduzione nel sistema della porta di sostanze che possono riuscire irritanti, e possono modificare la secrezione della bile.

*

Ma infine poi colla cirrosi ipertrofica si muore. Io sul *pronostico* della cirrosi ipertrofica debbo dirvi lo stesso che vi dissi per l'atrofica, anzi con una clausola di più a svantaggio della cirrosi ipertrofica, cioè che nella cirrosi atrofica le cagioni ci erano note, e potevamo fino ad un certo punto opporci all'elemento etiologico; ma nella cirrosi ipertrofica le cagioni, o non ci sono note, e però non possiamo combatterle; o ci son note, come la calcolosi biliare, e noi possiamo fare poco. Ecco perchè la vita lunga è permessa nella cirrosi ipertrofica, ma le probabilità di guarigione per me sono più per la cirrosi atrofica, che non per la cirrosi ipertrofica.

Della *cura* non debbo dirvi nulla, e mi rimetto a quello che dissi per la cirrosi volgare. E qui, più che in ogni altra forma, dovete vigilare le condizioni della digestione, e vi corre l' obbligo di non permettere che entrino nel sistema della porta sostanze più o meno irritanti, e che possono alterare la secrezione biliare; qui è indicata più che in ogni altra forma la *dieta lattea*. Tutte le altre cure che trovate negli autori, e che vi si raccomandano, hanno un valore molto limitato, meno l'uso de' *bagni* e delle *acque alcaline*.

Voi potreste aspettarvi che io dopo vi parlassi di altre forme di cirrosi, delle quali talune anche avrebbero qualche importanza clinica. Si comincia a parlare con molta insistenza di *cirrosi atrofica* ed *ipertrofica grassosa*; di *cirrosi miste*, in cui si trova colla cirrosi ipertrofica la forma atrofica, e viceversa; da taluni, specialmente dal Galvagni anche di una forma di *cirrosi flaccida*. Io non credo che queste forme, pur riconoscendo che talune di esse abbiano una certa importanza clinica, possano meritare una descrizione separata.

LEZIONE XI.

Fegato malarico

Sommario: Grande influenza dell'infezione malarica sul fegato, riconosciuta in tutti i tempi, in ogni luogo. — Diversa attività sul fegato per varie condizioni: località ed influenza dell'acqua malsana; temperatura atmosferica; stagioni dell'anno; condizioni epidemiche; condizioni individuali di età; considerazioni sulla poca frequenza delle epatopatie malariche nella prima età.

Perchè la malaria predilige il fegato? Il rapporto anatomico degli antichi; l'alta temperatura per taluni moderni; la dottrina del pigmento e della melanemia.

Vi hanno talune influenze patogeniche, che per essere state frequentemente osservate, in tutti i luoghi ed in ogni tempo, hanno acquistato il consentimento universale, tanto da doversi accettare come fondamento delle cliniche osservazioni. E voi, a proposito di ogni affezione epatica, che finora abbiamo descritto, mi avete inteso richiamare la vostra attenzione sopra i singoli motori etiologici; anzi, per ogni malattia avete potuto notare il predominio più o meno importante di qualche cagione. Così per l'iperemia epatica avete potuto notare la grande influenza dei disturbi gastro-enterici, delle affezioni cardio-polmonali e delle infezioni; per l'epatite suppurativa, quella delle condizioni climatiche e della disenteria; e per la cirrosi atrofica quella delle bevande alcooliche.

Ma ci è una influenza patogenica che possiamo dire, specialmente appo noi, sovrana, un'influenza che si eleva forse

al di sopra di tutte le altre, e che è capace di produrre non soltanto questa o quella malattia di fegato, ma di produrle tutte, dall'iperemia alla cirrosi; non solo, ma può, per conto suo, produrre nel fegato un processo speciale, che nessuna altra cagione vi può determinare: questa influenza è la *malaria*. Però debbo dirvi che l'influenza della malaria sul fegato si è un poco da qualcuno esagerata, e voi dovrete ricordare che, a proposito dell'influenza de' climi caldi nella produzione dell'epatite suppurativa, io vi dissi che un recentissimo scrittore, che è andato a studiare in Algeria le influenze del clima sul fegato, non solo ha riconosciuta la sovrana influenza della malaria sul fegato, ma è giunto finanche a dire che tutto ciò che si vuol attribuire all'influenza climatica, è dovuto all'impaludismo.

Io mi son voluto dar la pena di riscontrare, da una parte tutti gli scrittori, specialmente nostri, che si sono occupati delle febbri miasmatiche, e dall'altra tutti gli scrittori che si sono occupato delle malattie di fegato; e ciò per conoscere quanta importanza hanno dato i primi alle malattie di fegato nella malaria, e quanta importanza hanno dato i secondi alla malaria nelle malattie di fegato. E sul proposito, potrei, se ne avessi tempo e volontà, farvi delle considerazioni importanti; una cosa voglio però dirvi, ed è questa, che tutti gli scrittori serii, tutti coloro, il cui lavoro è stato fatto al letto dell'infermo, con scrupolose osservazioni, hanno riconosciuto l'influenza sovrana della malaria nelle malattie di fegato, tanto che non possono fare a meno di parlarne, qua e là, in ogni capitolo, per ogni malattia; e per l'opposto tutti gli scrittori (a parte gli inglesi, i quali veggono più l'alcoolismo che la malaria), che hanno assai poco osservato, ed hanno fatto a tavolino un lavoro di compilazione, hanno dimenticata facilmente l'influenza della malaria nelle epatopatie. Il Rendu,

per esempio, che ha scritto importanti articoli sulle malattie di fegato, parla dell'influenza delle infezioni sul fegato, ricorda il colera, la febbre gialla, la tifoide, finanche il morbillo, ma non la malaria.

Presso di noi però questo rimprovero non può esser fatto a nessuno. Se dimandate così al primo clinico che insegna qui, come all'ultimo dei nostri colleghi di provincia, qual'influenza abbia la malaria sul fegato, tutti vi risponderanno: sovrana. Quì in Napoli, il Tommasi prima e dopo il Cantani, nelle loro pregevoli lezioni, specialmente a proposito delle cirrosi, hanno insistito sulla influenza della malaria; e nell'ospedale degl'Incurabili io son convinto che, come a me, così a tutti i privati docenti, è accaduto di riconoscere come, presso di noi, l'influenza malarica per le malattie di fegato, e soprattutto per la cirrosi, è sovrana, e le altre cagioni, e anche l'alcoolismo, vengono per importanza dopo di essa.

Se io potessi perdere tempo in ricordi storici vi farei notare come in Italia, massimamente negli ospedali di Roma, da tempo remotissimo, e quando l'anatomia patologica era bambina, tutti gli scrittori hanno saputo riconoscere le alterazioni epatiche per malaria. E voi forse saprete come il Lancisi, in quel monumentale libro *De noxiis paludum effluviis eorumque remediis*, fu il primo a notare il coloramento bruno del fegato malarico.

Il fegato risente variamente l'influenza della malaria; e noi di questo diverso modo di azione della malaria sul fegato, dobbiamo tener gran conto per uno scopo eminentemente clinico, come or ora sentirete, per conoscere fino a qual punto una lesione epatica è in diretto rapporto colla malaria, e dove cominci un'influenza estranea a questo agente morboso. E tutte le considerazioni che sentirete sono frutto di clinica

osservazione e di lunga pratica, che ognuno di noi, specialmente nell' Ospedale degl' Incurabili, suole avere delle conseguenze della malaria sul fegato, e che nei libri classici, che si sono scritti sulle malattie di fegato, non sono ricordate abbastanza, o sono interamente trascurate. Ed io vi prego di tenerle presenti, perchè sono molto utili per la diagnosi, e anche per l'indirizzo curativo delle affezioni malariche del fegato.

E innanzi tutto devesi notare una varia frequenza delle affezioni epatiche per malaria, secondo le *località*. Ci sono località nelle quali l'azione malarica è potentissima: essa dà luogo a perniciose svariatissime, a perniciose che si potrebbero dire tossicoemiche; e non pertanto in queste località possono non esser frequenti le affezioni epatiche. Per l'opposto, ci hanno talune altre località, nelle quali la malaria non si esplica con queste forme solenni acute, e, invece, si nota una preponderanza massima delle affezioni epatiche e spleniche. Ci sono siti, nei quali gl' individui si presentano quasi tutti, almeno quelli che frequentano la campagna, cachettici, e con tumefazione della milza e del fegato, e in ultimo, con sviluppo idropico del ventre. Io potrei citarvi parecchie di queste regioni, nelle nostre province meridionali: *regioni basse*, *umide*, *con acque ricche di germi patogeni*, specialmente *malarici*. Sicchè non si sa se l' infelice abitante di queste località si avveleni più per l'aria che respira o per l'acqua che beve. Certo io son convinto, che con l'acqua che si beve s'introducono i germi malarici nell' organismo, e il fegato ne è potentemente offeso. In quella magistrale, solenne discussione sulla malaria che avemmo in Roma nell'ultimo congresso della medicina interna, il prof. Senise, mio distinto amico, riferì di aver notato, in una località, lo sviluppo di una febbre malarica, che non si poteva attribuire all'a-

ria, ma che si doveva addebitare all'acqua che vi si beveva: onde i germi malarici sarebbero penetrati per lo stomaco, che, con bella espressione egli diceva: *atrio della malaria*; e espose fatti così dimostrativi, che nel Congresso le sue considerazioni trovarono un'eco generale di approvazione. In questa forma d'infezione malarica non si notava tanto la tumefazione della milza, che era discretissima, quanto la tumefazione del fegato che era cospicua e dolente. Voi potete immaginare di che grande avvertenza clinica sia questa considerazione. Voi non vi limiterete soltanto a dire: ci sono località, nelle quali dominano le malattie di fegato per malaria, no, ma saprete anche, fino ad un certo punto, in che può stare questa influenza nociva di talune località nel produrre malattie di fegato.

Un'altra influenza, che pure, d'accordo colla malaria, opera nel determinare facilmente affezioni epatiche è la *temperatura atmosferica* delle località miasmatiche. Nelle regioni fredde o fresche, le affezioni di fegato non si veggono che di raro, e per l'opposto nelle località, in cui la temperatura media è abitualmente alquanto elevata, queste affezioni si veggono predominare. Io non intendo discutere qui in che modo l'alta temperatura atmosferica influisca nella produzione delle malattie epatiche: se essa cioè valga a favorire più attivamente lo sviluppo dei germi infettivi della malaria, come è da supporsi, oppure se operi sul fegato soltanto come causa concomitante, così come suole agire, indipendentemente dalla malaria. Certo, questo secondo modo di azione è accettabile clinicamente, poichè l' osservazione ha dimostrata la grande influenza dell'alta temperatura atmosferica sul fegato, e come da essa può direttamente derivare l'iperemia non solo, ma l'epatite suppurativa. Ed in questo

senso, l'alta temperatnra opererebbe come cagione concorrente con la malaria.

E quello che vi ho detto per le località va anche detto per le *stagioni calde.* L'influenza delle stagioni nel modificare la forma sintomatica della malaria è sovrana. Nelle stagioni fresche dominano i tipi con intermittenze più protratte, mentre nelle stagioni calde prevalgono il tipo remittente o il subcontinuo. Che anzi, in uno stesso individuo col mutar della stagione, col passare dall'està all'autunno, e da questo al verno, un tipo, per esempio, quotidiano si rende terzano e quartano. Una serie di accurate osservazioni cliniche hanno tutto questo dimostrato alla evidenza; onde può dirsi che nelle stagioni calde la temperatura febbrile si rende più protratta, più permanente. Ed è in queste condizioni appunto che si riscontrano molto più facili, molto più possibili le iperemie epatiche; ed è certo che le forme miasmatiche, con determinazioni sul fegato, si veggono più in està che in autunno ed in inverno.

E oltre di tutte queste influenze ricordate, un'altra ve ne è, che noi non sappiamo rigorosamente intendere e definire nella sua azione, ma che in nessun modo possiamo negare: ed è l'*influenza epidemica.* Talvolta in talune località tutte le forme malariche, come per genio epidemico, presentano una determinazione sul fegato. Io mi son trovato nel mio paese, quando era giovane studente, in mezzo ad una epidemia di questo genere: era preceduta una stagione caldissima, e nel settembre si sviluppò come una epidemia di affezioni malariche con *forme*, come si suol dire, *gastrico-biliose*, nelle quali era cospicua la tumefazione del fegato. E siccome allora dominavano i pregiudizi ed i timori per l'amministrazione della chinina nell'affezioni epatiche, io mi guardava bene di darla. Senonchè un vecchio pratico mi consigliò di amministrarla,

se non volevo vedere la forma aggravarsi, e io l'amministrai; e osservai che la febbre cominciava a cedere e gradatamente finiva, mentre i disturbi gastrici si moderavano, e la tumefazione epatica si riduceva per dissiparsi completamente in due o tre giorni.

Ricordatele dunque queste influenze esterne, influenza delle località, influenza della temperatura, influenza della stagione; ed io vi insisto per un'avvertenza clinica che riguarda tanto le forme acute quanto le forme croniche delle epatopatie malariche. Voi per queste condizioni potrete avere forme febbrili che vi potrebbero altrimenti sfuggire, se non foste messi sull'avviso. Intendo parlarvi delle febbri miasmatiche con affezioni epatiche, con *omopatia biliosa*, come diceva il nostro Puccinotti. Guai a voi se in questi casi non avrete dinanzi questa avvertenza, voi ve la lascerete sfuggire! tanto più che in queste affezioni le febbri prendono un decorso continuo, e tante volte la chinina per la via dello stomaco non giova; onde potreste rinunciare ad amministrarla, credendo che l'affezione epatica fosse indipendente dalla malaria.

E quest'avvertenza voi dovete averla presente tanto più quando ricorderete tutto ciò che vi dissi, a proposito dell'epatite suppurativa, e della facile confusione di questa con le forme malariche, e della gran difficoltà che s'incontra nella diagnostica. E non poco potrà contribuire ad illuminarvi lo studio di queste condizioni, massime quando si veggono predominare quelle forme epidemiche.

E ciò che vi ho detto per le affezioni acute del fegato per malaria, deve valere pure per le affezioni croniche. Quando voi sapete l'influenza che esercitano certe località nella produzione di singole affezioni croniche del fegato, saprete ben considerare quell'influenza, e non limiterete le vostre prescrizioni all' uso della chinina e degli antipiretici, ma saprete

qual'è il vostro compito per preservare quell'individuo dagli effetti della malaria sul fegato.

Oltre di queste influenze, che noi potremmo chiamare cosmotelluriche, ci hanno *condizioni individuali*, che fanno variamente risentire l'azione della malaria sul fegato. E noi anche quì dobbiamo essere circospetti, anche quì dobbiamo sapere fin dove agisca la malaria, ed in che modo contribuisca la condizione individuale, per fare risentire più o meno potentemente dal fegato l'influenza della malaria.

E innanzi tutto, io vi parlo dell'*età*. E a questo proposito, ricordate quello che vi dissi parlandovi della cirrosi atrofica dei bambini, cioè che la cirrosi atrofica, nella prima età, è una *rara avis* e quantunque presso di noi l'influenza malaria sia tanto potente, pure non sogliamo vedere nei teneri bambini le affezioni epatiche dipendenti da malaria. Eppure, richiamate un poco alla vostra mente le abitudini dei poveri agricoltori, che vivono nei luoghi malarici delle nostre provincie meridionali, e credo sia lo stesso anche per altre ragioni. La povera contadina accompagna il suo marito al campo, e conduce con sè nel focolaio della malaria non solo i teneri bambini, ma porta nella culla il poppante che tutto il giorno rimane allo scoverto, succhiando di tanto in tanto latte poverissimo, e respirando aria malsana. Eppure, per quest'azione della malaria nella tenera età, noi vediamo individui abortiti nel loro sviluppo, con grosso tumore di milza, e che presentano il tipo della cosiddetta *degenerazione malarica*, ma mai bambini con la cirrosi atrofica. Io non ho visto mai in questi individui, e parecchi ve ne ho mostrati, a lato a quel grosso tumore di milza che riempie gran parte dell' addome, una corrispondente tumefazione del fegato; che anzi il più delle volte fa un contrasto singolare la profonda alterazione della milza con la poco o nessuna del fegato.

Che cosa è questa specie di immunità che il fegato presenta contro la malaria nella tenera età? È la malaria che veramente ha minore influenza sul fegato in quell'età, o con la malaria concorrono altre condizioni nel determinare le epatopatie negli adulti?

In verità si potrebbe credere che non tutto sia dovuto alla malaria, e che ci deve essere qualche altra condizione che nell'adulto agisca di accordo con la malaria per produrre la malattia di fegato, e questo va detto specialmente per la cirrosi. Ma si è tanto esagerata questa opinione, da non far parlare più di *cirrosi malarica*, ma di *cirrosi paludo-alcoolica* quasi si volesse dire l'influenza contemporanea dell' impaludismo e dell'alcoolismo. Io non nego che realmente qualcosa ci dev'essere, perchè nella prima età non si noti tanta influenza della malaria, quanta se ne riconosce nell'adulto. Ma permettete che io vi faccia una prima considerazione. Voi vi dovete ricordare che, quando parlammo dell'ascesso di fegato, io vi dissi che l' influenza climatica, nei luoghi dove esso domina, per quanto sia potente nell'adulto ed anche nel giovane, altrettanto è rara negli adolescenti e soprattutto nei bambini. E tutti gli scrittori da Anesley che primo lo notò fino ai tempi nostri, di comune accordo dicono che l'influenza climatica nei bambini non produce mai l'epatite suppurativa. Dunque, questa specie d' immunità del fegato dei bambini non si nota solo per la malaria, ma anche per l' influenza climatica. Ed allora voi intendete, che non è lecito troppo facilmente invocare il concorso di altre cagioni che rendono rarissima l'azione malarica sul fegato dei bambini, quando si nota lo stesso per altra potentissima influenza etiologica.

E poichè si vuole specialmente invocare il concorso delle bevande alcooliche, io aggiungo un'altra considerazione ed è questa. Tutti noi che abbiamo avuto opportunità di studiare

largamente l'azione malarica sul fegato, specialmente nello ospedale degli Incurabili, ci siamo incontrati in casi frequentissimi, in cui l'individuo tutt'altro che abuso aveva fatto delle bevande alcooliche. Io, tre anni or sono, ho fatto diagnosi, comprovata dall'autopsia, di cirrosi in un individuo, che era assolutamente astemio; e francamente noi il maggior numero d'individui colpiti da epatopatie da malaria lo troviamo tra i poveri agricoltori, che ben altro uso hanno potuto fare che del vino, specialmente da qualche tempo in qua. E poi prima di affermare che l'influenza malarica non sia stata la sola, ma che abbia concorso anche l'abuso delle bevande alcooliche a determinare il processo epatico, voi dovete dimostrare che ci sono processi in altri organi, i quali sono sicuramente di origine alcoolica. Per esempio, se voi nel cirrotico trovate contemporaneamente processi cerebrali, processi arteriali, processi renali, come si trovano nell'alcoolismo, allora avete ragione di dire che unitamente alla malaria ha agito l'alcoolismo, perchè trovate non solo il processo epatico, ma anche processi in altri organi, che dipendono dallo alcoolismo; ma quando in un individuo trovate soltanto le lesioni della milza e del fegato, e non quelle delle arterie, e del cervello, ecc. che ricordino l'alcoolismo, secondo me, mi pare illogico non attribuire le lesioni della milza e del fegato, soltanto alla malaria. Questo lavoro, se non si è fatto, si faccia, ed allora solo si potrà dire che la malaria per se non vale a produrre singole affezioni di fegato. Ma che forse la malaria non può produrre singoli processi in altri organi? Voi sapete gli studii importantissimi del Prof. Schrön sulla polmonite prolifera come processo speciale della malaria, ed allora io domando: la malaria se può determinare nel polmone un processo speciale, perchè non potrebbe determinarlo poi nel fegato che è l'atrio della malaria?

Per queste ragioni a me pare dunque indiscutibile il fatto che nella tenera età le affezioni epatiche per malaria sieno rare, e che questa rarità non possa farsi dipendere, almeno assolutamente, dal mancante concorso dell'alcoolismo. Forse è più giusto il supporre che in quella prima età l'azione degl'ingesti acri ed irritanti operi meno. Ed io mi sono intrattenuto su questo particolare per una ragione clinica e terapeutica. Guai a voi se vi lasciate impressionare che la malaria ha bisogno del concorso di altra cagione per determinare una malattia epatica! voi allora potreste consigliare al malato di bandire il vino e le sostanze acri irritanti, ma di poter continuare a vivere nella malaria: e questo sarebbe danno gravissimo.

Quello che vi ho detto per l'età, si potrebbe dire anche un tantino pel *sesso*. Realmente le affezioni epatiche da malaria predominano nel sesso maschile; ma la differenza non è tanta come per l'età; e si potrebbe intendere per la maggiore esposizione degli uomini alla malaria.

Ora voi mi domanderete: Perchè la malaria deve agire così prevalentemente sul fegato? donde la frequenza delle epatopatie malariche?

Che tutte le infezioni possano determinare alterazioni epatiche, è riconosciuto; e voi dovrete ricordare che quando io vi parlai dell'iperemia di fegato, vi dissi la grande influenza che hanno le infezioni nel produrla; che anzi cercai allora d'intenderne il modo e vi dissi qualcosa sulla prevalente influenza della disenteria infettiva e della malaria. Ma in che modo, domanderete, la infezione malarica agisce nel fegato? per quale via?

Gli antichi, i nostri buoni antichi, che guardavano soltanto il fatto clinico, non esitarono a dire, che, atteso i rap-

porti anatomici tra la milza ed il fegato, era facile intendere la frequente e contemporanea loro affezione nella malaria: la così detta ostruzione epato-splenica. Gli autori più recenti hanno fatto un salto mortale: essi hanno detto: noi sappiamo, da una parte, l' importanza de'climi caldi (e noi possiamo aggiungere delle stagioni e delle località calde) nel produrre l' epatopatie, e come la malaria determina più facilmente queste epatopatie se ci è la concomitanza del clima caldo; e sappiamo dall' altra parte, per ricerche sperimentali, che l' elevata temperatura altera più o meno profondamente la nutrizione del fegato, e finisce col determinare una distruzione delle cellule epatiche, per degenerazione grassa; e allora possiamo conchiudere che è l' alta temperatura che nelle infezioni produce le epatopatie. Il Rendu è un di quegli che si appiglia senz' altro a questa ragione dell'alta temperatura per intendere le alterazioni epatiche nelle infezioni. Ma se ci è ragione strana che offende il buon senso clinico, è appunto questa, specialmente per la infezione malarica. Ma l' alta temperatura, che determina la degenerazione delle cellule epatiche è tutt'altro, e agisce in un modo più solenne e più continuo. Io riconosco che in singole affezioni, come nella tifoide, nelle quali l'ipertermia si mantiene per molto tempo, il fegato ne soffra e vi si possa determinare la degenerazione grassa; ma non è questo il caso della malaria. L' ultimo mediconzolo vi dice che le affezioni epatiche per la malaria non si hanno in quei casi, in cui si è avuta la febbre altissima, anzi, specialmente per le successioni croniche, esse si hanno più facilmente in quei casi ne' quali non si è avuto un solo attacco febbrile. Epperò quest' ipotesi, per quanto sia rivestita da una veste sperimentalmente illusoria, non vogliate neanche discuterla.

Se io non dessi una sovrana importanza clinica alla co-

Nelle donne di una certa età, e specialmente in zitelle un po' mature, si osserva talvolta una tumefazione notevole dello strato papillare della vulva, specialmente alla superficie interna delle grandi labbra, che conferisce a queste parti un aspetto viscido, reso multicolore dalle traccie del grattamento, con emorragie puntiformi e con ragadi. Questa ipertrofia papillare si distingue facilmente da quella di origine gonorroica, che dà luogo ai condilomi acuminati: i piccoli nodi sono molto più bassi, sono raramente isolati, e sono coperti da epidermide intatta: essi trovano un limite al punto di passaggio dalla mucosa alla cute esterna. I condilomi acuminati, sebbene raramente riuniti in grosse masse, possono però formare dei tumori voluminosi, che ricoprono i genitali, e che si estendono ai dintorni, specialmente verso l'ano.

Sintomi. — Rara è la febbre fra i sintomi delle malattie acute della vulva; più frequente invece l'insorgenza di vivi dolori, bruciore, prurito. La tumefazione delle grandi labbra è causa di dolori tensivi, che in parte si diffondono alle porzioni di cute vicine, in parte si trapiantano sull'uretra, e vi determinano forte senso di bruciore specialmente nel mitto e] tenesmo vescicale. Per lo più ne deriva un aumento nella secrezione vischiosa di queste parti. Il secreto acre ed irritante dà straordinarie molestie alla parte alta interna delle coscie, determina prurito e prepotente stimolo a strofinare le parti; più d'una volta un catarro di tal genere, innocuo per sè, costituisce un irresistibile eccitamento all' onanismo.

I catarri cronici di questa regione dànno talvolta occasione ad un continuo dolore rodente; capace di portare l'ammalata alla disperazione: dolore che si risveglia specialmente di sera e nel riposo del letto: e poichè questi dolori si fanno tollerabili solo nel più assoluto riposo, evitando ogni alimento eccitante e colla applicazione del freddo, l'infelice si esclude dalla società, abbandonandosi completamente alle proprie pene ed alla malinconia.

I dolori aumentano assai, se alla flogosi partecipano le ghiandole del Bartolini, e a seconda del già accennato loro modo di comportarsi oscilla anche l'intensità dei disturbi. È raro che una vulvite non gonorroica dia luogo a tumefazione delle ghiandole linfatiche inguinali.

La diagnosi della vulvite non va contro a grandi difficoltà, trattandosi di parti accessibili alla vista. L'arrossamento e la tumefazione negli stadii acuti, l'aumento di secrezione e di sensibilità nelle forme croniche, non lasciano sussistere dubbio sulla natura del male. Il quadro della vulvite nel diabete è già per sè abbastanza caratteristico per suggerirci l'esame dell'urina, ove non fosse già imposto da altri sintomi.

L'esistenza di una vulvite blenorragica ci dovrebbe essere svelata dal microscopio per la dimostrata presenza di gonococchi. Però d'altra parte, la mancanza di questi cocchi non ci autorizza ad escludere affatto

tale eziologia. Frequentissima nella blenorragia è la complicazione con uretrite e con affezioni tanto delle ghiandole vulvo-vaginali che delle inguinali.

Terapia. — Nelle malattie della vulva tornano sempre di gran sollievo le lavature e le irrigazioni vaginali con un comune irrigatore. Al liquido tiepido da irrigazione si aggiunge per es. dell'acido fenico (2 %), del lisol (1/2 %) dell'acetato di piombo liquido (un cucchiaio in un litro d'acqua), del solfato di rame o di zinco (5 gr. per litro), dell'acido pirolegnoso rettificato, dell'acqua di creosoto, (3-5 cucchiai per litro) e così via. Le irrigazioni si fanno due o tre volte al giorno. Se le parti sono abrase od assai sensibili, si mitigheranno i dolori con unzioni mediante la pasta di Lassar (olio di mandorle amare 10, glicerina 20), o con pomate di zinco o di piombo, o cold cream, con pomate all'iodoformio, con unguento al nitrato d'argento, oppure con un unguento fatto di 3 parti di Liq. Holland. su 20 di lanolina. Le molestie, che si esacerbano spesso pel tepore del letto subiscono una favorevole influenza per l'uso di semicupii fatti prima di coricarsi, semplici o medicati con decotti di crusca, con una temperatura di 32° C., che si può anche abbassare, e per la durata di 10 minuti. Il toccare la parte malata con tintura di iodio, se dà a tutta prima bruciore fortissimo, procura poi un deciso sollievo. Le ipertrofie papillari e le chiazze di craurosi, qualora resistano alla indicata terapia e producano intensi dolori, si potranno guarire coll'escidere gli strati superficiali della cute. Io escido dei lembi elittici, ricorrendo poi alla sutura continua col catgut (1).

2. Infiammazione della vagina.

Nella infiammazione della mucosa vaginale si ha tumefazione, dilatazione dei vasi superficiali e forte imbibizione. Talvolta la infiammazione non si estende in continuità oltre al terzo inferiore. Si termina allora con confini ben delimitati a margini rialzati. Più in là verso il fondo dei fornici si manifesta in macchie isolate ed a tratti: ma può anche essere tumida tutta la superficie. L'epitelio piatto si assottiglia e cade lasciando delle perdite di sostanza in forma di macchie o di striscie. In altri casi fanno sporgenza le papille dello strato sotto epiteliare, assumendo per l'infiltrazione parvicellulare la forma di nodi compatti (fig. 95). Simili granuli, che hanno dato motivo al Ruge (2) di battezzare questa forma di vaginite come una colpite granulosa, si aggruppano, sia disponendosi in serie all'estremità delle pieghe della mucosa, sia a gruppi qua e là sulle pareti vaginali o sui fornici. L'infiltrazione

---

(1) Schröder, Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1885, XI. — Küstner, Centr. f. Gyn. 1885, N. 11.
(2) C. Ruge, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. IV, p. 153.

cellulare può portare anche alla formazione di un nodo considerevole; questi nodi fortemente vascolarizzati, spinti verso la superficie, possono anche emergere liberamente dopo la caduta dell'epitelio che li riveste; spiccano allora pel colorito rosso scuro e pel livello sui tessuti circostanti. Successivamente per la regressione dell'infiltrazione, e pel rifarsi

Fig. 95. — Colpite granulosa acuta (C. Ruge).

del rivestimento epiteliare, può ristabilirsi il livello della superficie (fig. 96), in modo che i granuli non si possono più percepire che col tatto. In questa forma la colpite cronica granulare può durare per molto tempo. Intanto la secrezione fisiologicamente scarsa si fa abbondante: quasi

Fig. (96). — Colpite granulosa cronica (C. Ruge).

sempre in queste forme infiammatorie della vagina vi ha abbondantissimo secreto muco-purulento. Questo secreto viene naturalmente trattenuto con grande facilità sia nelle cripte della mucosa, sia dietro l'ostio vaginale se angusto o tumefatto, e per il copioso sviluppo di bacteri passa facilmente in decomposizione. La natura acre ed irritante di questo secreto decomposto può, come è noto per altre secrezioni catarrali di altre mucose, determinare alla cute della vulva e delle natiche delle estese erosioni, la cui guarigione viene a lungo ostacolata dall'inevitabile imbrattamento per le feci, le urine, il sudore, la polvere e per lo sfregamento delle superfici tra di loro e contro gli abiti.

In donne di età avanzata, specialmente oltre all'età critica, ma più d'una volta anche cominciando dal 30.° anno di età, si sviluppa una

forma di colpite, la così detta colpitis vetularum, o vaginite adesiva cronica, nella quale, colla comparsa di numerose ecchimosi e delle descritte granulazioni, l'epitelio piatto va perduto o si assottiglia, riducendosi a pochissimi strati (fig. 97). Questo processo può trovarsi localizzato ai fornici o esteso in tutta la vagina; procede di pari passo con un caratteristico impallidimento del colore della mucosa e diminuzione della secrezione, ed è contrassegnato dalla tendenza al coalito fra le opposte pieghe della mucosa, chevengono a contatto. Simili pieghe possono ricoprire completamente la portio, che sembra perciò come retratta al disopra dei fornici. Queste aderenze però si ripetono anche nel resto

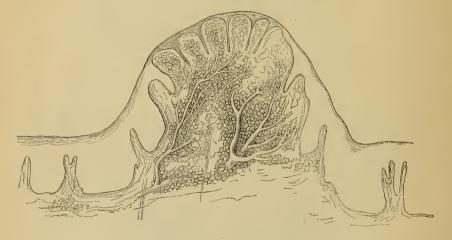



Fig. 97. — Colpite adesiva cronica.

del canal vaginale, e possono spingersi fino alla completa obliterazione del lume della vagina. È raro trovare donne vecchie, in cui non si riscontrino questi coaliti.

Naturalmente nella vagina, accanto a questa forma di coalito e di aderenze, se ne trovano altre, che ebbero origine da un processo distruttivo flemmonoso od ulcerativo. Queste si riscontrano con relativa maggior frequenza nella parte bassa della vagina, e naturalmente vi mancano i fenomeni irritativi caratteristici dovuti allo sviluppo di granulazioni.

Winckel richiamò pel primo (1) l'attenzione su un'altra affezione della vagina, la *colpo-iperplasia cistica*, che si verifica durante la gravidanza, ma anche all'infuori di questa, e fa sì che la vagina sembri disseminata di tanti piccoli granelli resistenti, nei quali si sviluppa uno spazio cistico con contenuto gazoso. Secondo le ricerche di C. Ruge (2),

(1) Archiv. f. Gynäk. II, p. 406.
(2) Zeitschrift f. Geb. und Gyn. II, p. 29.

l'aria in questa strana forma morbosa è raccolta negli spazii connettivali, per cui parrebbe pienamente giustificata la denominazione suggerita dallo Zweifel (1) di *colpite enfisematosa* (fig. 98). Questa forma di colpite si presenta con o senza infiltrazione cellulare, con stravasi di diversa grossezza appena al disotto della superficie, e sarebbe, secondo alcuni, per la decomposizione di questi stravasi che ha origine lo sviluppo di gaz. Indubbiamente si tratta di solito di spazii non preformati: probabilmente derivano dalla concrescenza di pliche della mucosa vaginale. Zweifel ha dimostrato la possibilità che il contenuto gazoso de-

Fig. 98. — Colpite enfisematosa (da C. Ruge).

rivi da decomposizione di materie grasse. Disseccandosi ed assottigliandosi manifestamente l'epitelio di rivestimento, gli spazii gazosi si avvicinano sempre più alla superficie, sotto la quale vengono facilmente percepiti come punti ruvidi, scroscianti, in grembo alla mucosa della vagina. Si trovano raccolti in gruppi più o meno grossi, e costituiscono con una certa frequenza un reperto accidentale.

Sintomi. — I catarri della vagina possono passare quasi senza alcun sintomo, appena che abbiano oltrepassato il doloroso stadio acuto. Molte donne non provano disturbo nemmeno per una secrezione assai abbondante, a meno che la loro attenzione non sia attirata su questo incomodo per la decomposizione di secreti stagnanti, per l'odore che ne risulta e per l'irritazione che le secrezioni portano sulle parti esterne.

Il secreto è di natura assai varia; ora gialliccio per prevalente

(1) Archiv. f. Gynäk. vol. XII, p. 39.

miscela di pus, ora piuttosto mucoso; contiene sempre molteplici microrganismi. Non è raro che per una eventuale miscela di sangue si determini un colorito bruno della secrezione. Vi si trovano inoltre sempre copiosi epitelii, muco coagulato ed occasionalmente particelle estranee di pulviscoli od altro.

La ricerca dei microrganismi, che vi si trovano con tanta frequenza, ha ricevuto una valida spinta dagli studî di Hausmann (1) nella Clinica di E. Martin: certamente esso serve di terreno favorevole a tutte le specie di cocchi e di bacterî.

La forma di colpite, che abbiamo descritto come propria delle vecchie, è specialmente caratterizzata dalla frequenza di dolori vivi e cocenti. La *colpitis vetularum* può però decorrere anche quasi senza un sintomo fino a completa obliterazione della vagina.

Diagnosi. — La diagnosi delle vaginiti è molto facilitata dai mutamenti, che si verificano nell'aspetto della parte, e dalla aumentata sensibilità della parete vaginale. L'esame microscopico del secreto può darci notizie sulla sua eventuale natura, ma, come è noto, la mancanza di gonococchi non basta ad escludere l'indole virulenta del male. Se la forma granulosa e l'adesiva si riconoscono di solito facilmente, è più facile che sfugga alla diagnosi la forma enfisematosa, quando le cisti gazose sono piccole e disperse nella profondità dei tessuti. Nei casi di mia osservazione richiamava l'attenzione in modo speciale la secchezza della mucosa al disopra delle cisti gazose. Nella colpite delle vecchie la mucosa è lucente, senza esser coperta da secrezione abbondante. Appare pallida, con chiazze rossastre, perfino azzurrognole: ed è sensibilissima al contatto. Le aderenze in via di formazione sanguinano facilmente, se toccate.

La cura delle vaginiti dovrà sempre cominciare con una sufficiente disinfezione di questo canale così ricco in ripiegature. Naturalmente le malattie generali, se esistono, meritano nello stesso tempo una opportuna medicazione, così per es. la scrofolosi, la clorosi, ecc.; sotto questa cura non è raro veder scomparire anche il male locale. Un troppo zelante intervento locale è specialmente inopportuno, quando esista una vaginite, specialmente le cure coi pessarii, mentre d'altra parte accade abbastanza di spesso, che la guarigione di un male dell'utero ponga un termine all'affezione vaginale. Io consiglio a tutte le donne di praticare delle irrigazioni vaginali di acqua tiepida o fresca, come parte integrante della loro toilette. In caso di vaginite vi si fanno le aggiunte medicamentose già accennate. A coadiuvarne l'effetto giovano i semicupii, applicando contemporaneamente uno speculum da bagno tubulare con pareti perforate, di calibro proporzionato all'ampiezza della vagina, allo

(1) Die Parasiten des weiblichen Geschlechts, 1870.

scopo di portare il liquido del bagno in contatto colle parti ammalate. Raramente io faccio uso di pomate con allume, tannino o altri simili mezzi. Più adatte sono le medicazioni con acido pirolegnoso, con tintura di iodio o con soluzione di nitrato ossido di mercurio, previa applicazione dello speculum; specialmente nella colpite senile è efficacissimo mezzo l'acido pirolegnoso, secondo i precetti di C. Mayer (1); la sua azione fu esattamente dimostrata dall'Hofmeier (2). Se la vaginite resiste a queste cauterizzazioni ripetute 2 o 3 volte la settimana, si potrà, per avere un'azione più duratura, portare il medicamento in posto su un tampone alla glicerina, o in forma di globi di burro di cacao, che sono più facili da applicarsi dei tamponi e che non hanno bisogno di essere rimossi.

Se la secrezione abnorme perdura ad onta delle cauterizzazioni, io ricorro alla cura con tamponi alla glicerina, cui sia aggiunto del tannino, dell'iodio o dell'iodoformio. Batuffoli di cotone idrofilo puro, della grossezza di una piccola mela, fortemente serrati da un filo, bagnati nell'acqua, poi spremuti e ridotti così notevolmente di volume, vengono imbevuti della glicerina all'acido tannico, e introdotti dalla donna stessa.

Meglio dei batuffoli di cotone giova la medicazione asciutta con garza all'iodoformio, metodo semplicissimo ed assai efficace. Talvolta una idiosincrasia si oppone all'uso della garza all'iodoformio.

La maggior parte delle donne riescono abbastanza bene ad applicare da sè le striscie di garza, ed è raro che il medico debba introdurle egli stesso o farle applicare da una levatrice, o consigliare alla donna i noti portatamponi.

Le striscie sono da rimutarsi ogni 8-12 ore. Se il tampone è imbevuto di glicerina tannica, il muco vaginale ne viene coagulato, del che sarà bene avvertire la donna.

La colpite adesiva talvolta guarisce con soprendente rapidità dietro la cauterizzazione con acido pirolegnoso. Il liquido vien versato nello speculum, e lasciato agire per alcuni minuti sulle parti ammalate poste nel campo dello speculum. In altri casi non si può sui principii fare a meno dell'uso dei narcotici.

Nella vaginite enfisematosa si pungeranno le cisti: sarebbe impossibile stabilire delle norme generali per una ulteriore terapia, che deve regolarsi a seconda dei singoli casi.

Della cura di quelle forme di vulvite, e vaginite che si appalesano col quadro del vaginismo, mi occuperò più avanti.

Ricorrendo ad evacuanti miti e ad una opportuna e regolata dieta, colla massima limitazione possibile delle bevande alcooliche, al riposo

(1) Rendiconti della Società Ostetrica di Berlino 1861
(2) Zeitschrift f. Geb. und Gyn. V, p 331.

sessuale e al regolare moto all'aperto, di solito i disturbi scompaiono, cosicchè non è necessario usare troppo a lungo o troppo spesso le cauterizzazioni delle zone, che si mostrano ammalate alla vulva od in vagina.

Se lo stato irritativo della vulva e della vagina è sintomo di diabete, un miglioramento si potrà sperare solo dietro l'uso della cura cònveniente, e specialmente quella delle acque di Karlsbad.

3.° Infiammazione della mucosa uterina.

I. Note anatomo-patologiche delle infiammazioni della mucosa uterina.

A) Nelle forme acute della malattia si constatano le solite alterazioni di tutte le malattie acute delle mucose; tumefazione forte con imbibizione e rilasciamento della mucosa; rossore intenso e perfino qualche ecchimosi; e, passato lo stadio acuto che si accompagna a diminuzione della secrezione, una esagerata attività dell'apparato ghiandolare. Mentre il secreto della mucosa cervicale allo stato sano rappresenta una massa vischiosa, e la secrezione invece del cavo uterino è un liquido sieroso, acquoso, scarsamente elaborato, nel caso di malattia acuta con distacco dell'epitelio si ha anche nel corpo una secrezione di masse muco-sanguinolente miste in scarsa quantità a pus, che contengono per lo più dei detriti epiteliari e ghiandolari. Il secreto ha allora un aspetto giallo rossiccio o piuttosto puriforme, e alla superficie della mucosa le ghiandole ancora riempite di questa secrezione appaiono come punti giallognoli o biancastri.

B) Nelle forme croniche, il così detto catarro uterino, possono persistere a lungo la tumefazione, il ricco sviluppo vasale, ed eventualmente anche la formazione di ecchimosi; quasi sempre la secrezione della mucosa resta per molto tempo in aumento. I catarri cervicali (*a*) si distinguono nel loro ulteriore sviluppo anatomico in modo caratteristico dai catarri del corpo (*b*). Sebbene con frequenza passino l' uno nell' altro è però di grande importanza, per l' ulteriore giudizio su questi processi infiammatorii, il tener separate le forme morbose nelle diverse zone di mucosa.

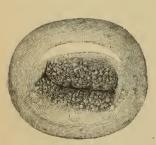



Fig. 99 — Erosioni della porzione vaginale (da Ruge e Veit).

a) Nei catarri cervicali cronici spicca anzitutto una notevole tendenza a mutamenti nel rivestimento epiteliare. Mentre si modificano ed aumentano gli epitelii cilindrici, la superficie mucosa, e perciò l'area secernente, vien notevolmente aumentata per il moltiplicarsi delle *plicae palmatae:* la mucosa si rigonfia facendo sporgenza in basso dall' orificio esterno, ove appare come una massa molliccia,

di color rosso vivo. D'altra parte l'epitelio cilindrico prolifera, irradiandosi dall'orificio esterno al di là del suo normale confine, e ricacciando davanti a sè il rivestimento di epitelio piatto; e tutta la porzione vaginale, e al di là di questa perfino la superficie dei fornici, appare allora rivestita non più di epitelio stratificato, ma da un epitelio cilindrico con un unico o con pochi strati. Oltre a questo modo di sviluppo in superficie, si ha un notevole aumento dell' area secernente, dovuto alle numerose introflessioni a tipo ghiandolare, che si formano sotto la superficie della portio (fig. 99). Tali introflessioni, rivestite all'interno da un delicato epitelio cilindrico, possono poi dividersi nuovamente nello spessore dei tessuti per dar luogo a nuove diramazioni, e penetrare qui, come anche nel canal cervicale stesso, nello spessore dello strato muscolare che serve di sostegno alla mucosa. Queste zone di epitelio cilindrico, che vanno

Fig. 100. — Le erosioni della fig. 99 vedute al microscopio.

distendendosi in superficie costituiscono le così dette erosioni, su cui tanto si discusse negli ultimi tempi. La fig. 100 ci dà l'aspetto micro-

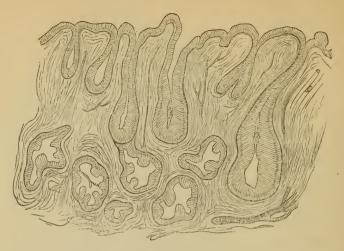



Fig. 101. — Erosione papillare (da C. Ruge).

scopico di una sezione del pezzo, cui si riferisce la figura precedente. L'epitelio pavimentoso, conservato ancora alla parte inferiore, fa mano mano passaggio ad una forma cilindrica ad un solo strato, là dove co-

Fig. 102. — Erosione follicolare (da C. Ruge).

minciano le introflessioni ghiandolari. La zona malata mostra alla superficie dei canali ghiandolari più o meno lunghi, che spesso si suddividono. Gli elementi ghiandolari, che si vedono alla parte profonda, non

sono altro che sezioni delle estremità isolate di talune fra queste introflessioni.

Si possono distinguere diverse forme di erosioni. Se nell'ulteriore sviluppo dei prolungamenti ghiandolari lo strato frapposto alle ghiandole prende parte in misura preponderante al processo produttivo, cosicchè il connettivo si eleva in forma, di papille fra le ghiandole si ha la così detta *erosione papillare* o, come la chiama Ruge, l'*ulcera papillare*. (fig. 101) Se le introflessioni ghiandolari profonde (fig. 102) per il secreto stagnante si distendono, atteggiandosi a grandi spazii follicolari, l'erosione si chiama *follicolare*. Sotto la pressione di questi spazii follicolari di solito i tramezzi interghiandolari di connettivo vengono divaricati, e così si va formando il quadro dell'erosione follicolare come risulta dalla annessa figura.

Fig. 103. — Ectropio della mucosa cervicale, visto allo speculum.

Fig. 104. — Pezzo esciso del collo.

A queste modificazioni alla superficie si associa in molti casi una alterazione anche nello stroma proprio del collo. La penetrazione profonda delle ghiandole negli strati muscolari e connettivali dà luogo ad una forte irritazione, la quale si fa manifesta già macroscopicamente col notevole aumento di volume, dovuto ad uno sviluppo corrispondente di vasi, talvolta veramente straordinario, e ad una discreta infiltrazione cellulare (fig. 103). Specialmente se preesiste una soluzione di continuo nelle commissure laterali del muso di tinca, la mucosa cervicale viene a fare forte sporgenza, e pare rivestire la superficie esterna del collo (*Ectropio della mucosa cervicale*). Se la superficie, già alterata per questa endometrite e per la frequente complicanza di una metrite del collo, è colpita da qualche trauma, l'eliminazione del pezzo così intaccato può lasciare un difetto di sostanza, di un aspetto (fig. 104) che corrisponde clinicamente a quello delle degenerazioni maligne del collo.

Se ora la superficie del collo appare frastagliata, e fra le intaccature fanno sporgenza i tramezzi connettivali infiltrati e rigidi, si ha una estrema rassomiglianza colle ulcerazioni maligne, rassomiglianza che è

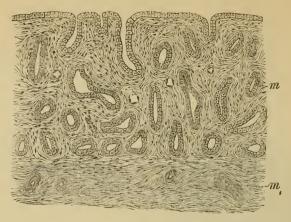



Fig. 105. — Mucosa normale dell'utero (Hartnack oc. 2 obb. 4). Sezione longitudinale m mucosa, m' muscolare (Orthmann).

pur troppo spesso completata dalla sensazione che, dànno le pliche palmate, dure, quasi nodose.

Le erosioni sono da considerarsi come un fenomeno secondario del-

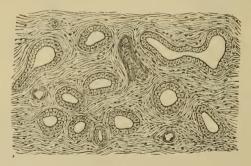



Fig. 106. — Mucosa normale dell'utero. Sezione trasversale (Orthmann).

l'endometrite del collo, senza però che si debba attribuire loro costantemente un carattere cervicale.

b) Le infiammazioni croniche della mucosa del corpo uterino presentano un notevole sviluppo dell'apparato vasale ed una abbondante infiltrazione cellulare del connettivo interghiandolare. La mucosa, alterata per la tumefazione e per la formazione di pigmento derivante dalle ecchimosi, sotto l'influenza di questa infiltrazione può assumere una consistenza molle, quasi vellutata. Anche qui si possono al microscopio distinguere nettamente diverse forme.

Per meglio illustrare questi processi comincio col riportare nella

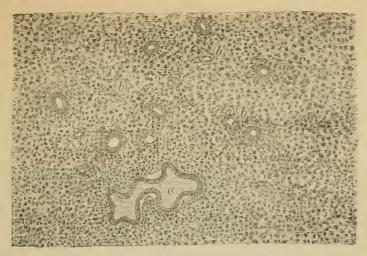



Fig. 107. — Endometrite interstiziale *a*, ghiandole *b*, vasi (Orthmann).

Fig. 108. — Endometrite interstiziale. Sezione trasversale (ingrand. 250).

fig. 105 una sezione verticale della mucosa normale dell'utero, e nella fig. 106 una sezione trasversale.

Si deve distinguere:

1.° L'endometrite interstiziale cronica del corpo.

2.° L'endometrite glandolare cronica del corpo.

1.° Nell'*endometrite interstiziale*, (fig. 107), la compartecipazione dello stroma si appalesa nei casi recenti colla proliferazione dei singoli elementi cellulari. Vi si trovano ora abbondanti cellule rotonde (fig. 108), ora prevalenti le fusate (fig. 109). Questa endometrite interstiziale è la forma più frequente di endometrite, essa si distingue per lo più per la tendenza alle emorragie, di rado soltanto per vivi disturbi dismenorroici. In questa endometrite si ha una proliferazione diffusa di tramezzi con-

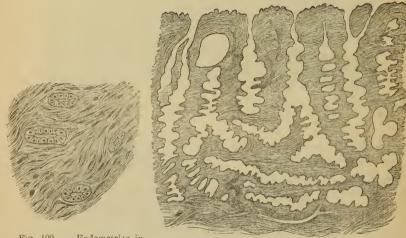



Fig. 109. — Endometrite interstiziale cronica (da Schröder).

Fig. 110. — Endometrite ghiandolare (da Ruge).

nettivali negli interstizii tra ghiandola e ghiandola. In altri casi le infiltrazioni sono più circoscritte, così che la superficie appare interrotta da irregolari rialzi, mentre i lumi ghiandolari spiccano fortemente anche all'occhio nudo.

2.° Nell'*endometrite ghiandolare* predomina l'alterazione dell'apparato secernente, che si appalesa nello sviluppo dei tubi ghiandolari, i quali assumono decorso tortuoso con diramazioni quasi dendritiche, (la fig. 110, che dimostra questa forma, è disegnata dal Ruge ed è tolta da un mio preparato).

Oltre alle due forme ora descritte di endometrite cronica del corpo, hanno qualche cosa di caratteristico anche le seguenti forme: 3.° l'endometrite fungosa, 4.° l'endometrite post-abortiva, e 5.° l'endometrite esfoliativa.

3.° È una forma mista e diffusa, che ritrae dalle due già descritte, e nella quale sono colpiti tutti gli elementi della mucosa, benchè con intensità non eguale.

Questa forma, descritta prima da Récamier (1), poi da Olshausen (2) battezzata per *endometrite cronica iperplastica*, *l'endometrite fungosa*, si distingue dalle forme ghiandolare ed interstiziale per lo sviluppo in massa della mucosa. Mentre in quelle forme la mucosa ha uno spessore di 3-4 mm., nella forma fungosa lo spessore raggiunge fino i 15 mm. Nella struttura della mucosa fungosa ritroviamo le note dell' endometrite interstiziale e della ghiandolare. Per l'aumentato volume dei tramezzi le ghiandole vengono allontanate l' una dall' altra; si mostrano qua è là strozzate: nei segmenti isolati sono ectasiche, tanto che nella sezione orizzontale si ha un aspetto come di staccio, coi lumi ghiando-

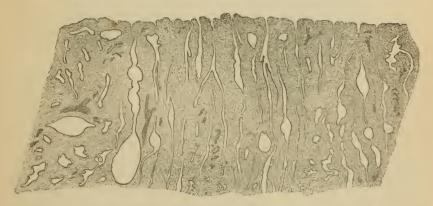



Fig. 111. — Endometrite fungosa, con prevalenza della forma ghiandolare a sinistra, della interstiziale a destra.

lari ad una certa distanza. Le ghiandole poi sono effettivamente aumentate; i singoli tubi sono più volte contorti, con decorso tortuoso, a spira, oppure ramificati, mentre qui appunto il tessuto interstiziale ha poca parte alle alterazioni. Del resto non di rado si incontrano sulla stessa mucosa le varie forme miste, cosicchè i preparati tolti da residui di un raschiamento abbastanza esteso possono mostrare quadri tipici delle diverse forme di endometrite. La fig. 111 in una metà mostra delle ghiandole fortemente ectasiche, nell'altra dei tramezzi molto sviluppati, quali si trovano appunto in uno dei miei preparati, di cui devo il disegno a C. Ruge.

4.° Già da un certo tempo si constatò il frequente verificarsi di una *endometrite post-abortiva*. Una incompleta espulsione della decidua può dar luogo a formazione di isole di masse epiteliari deciduali, con infiltrazione cellulare della mucosa circostante (come è detto da C. Ruge

(1) Union Médicale 1850. 1 e 8 giugno.
(2) Archiv. f. Gynäk. VIII, p. 97.

nel trattato di Schröder p. 119). Da queste isole il processo flogistico si diffonde a tutta la mucosa (fig. 112), oppure invece dell'involuzione puerperale si ha un processo produttivo infiammatorio. Secondo C. Ruge

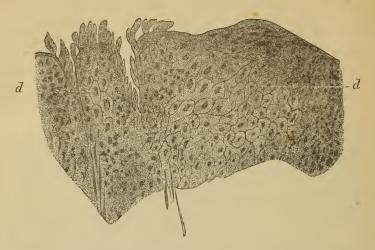



Fig. 112. — Endometrite postabortiva (da Schröder). *dd*, isole deciduali.

(l. c.), si ha allora di preferenza la forma interstiziale, cui del resto nell'ulteriore decorso può associarsi la compartecipazione delle ghiandole.

5.° *Nell'endometrite esfoliativa*, senza causa, almeno fino ad ora, apprezzabile, ha luogo una espulsione della mucosa infiammata, in forma di grossi lembi, che talvolta riproducono come uno stampo la forma della cavità uterina. Questa malattia si incontra in casi non tanto rari, tanto in ragazze, in cui tale eliminazione di membrane si è presentata in quasi tutte le mestruazioni cominciando dalla prima, quanto in donne che hanno partorito. Per lo più l' espulsione di lembi considerevoli avviene solo a lunghi intervalli, anzi può darsi che solo dopo una pausa di anni si ripeta il distacco di estesi frammenti di mucosa, mentre nell' intervallo la mestruazione non è accompagnata da nessuna eliminazione di questo genere. In altri casi si viene in modo sporadico alla espulsione di tali membrane, anche dopo che precedette una gravidanza; in altri coll'avvicinarsi dell'età critica l'esfoliazione si fa sempre più spiccata. È facile confondere queste membrane (fig. 113) con un prodotto

Fig. 113. — Stampo della cavità uterina nella endometrite esfoliativa (Dismenorrea membranosa).

abortivo, poichè risultano dagli strati superficiali e ben conservati della mucosa uterina colle ghiandole otricolari e col tessuto interghiandolare. Una caratteristica importantissima per la diagnosi è la mancanza delle cellule deciduali grandi ed irregolari. I lembi presentano da una parte la liscia superficie mucosa, mentre dall'altra sono irregolari: sulla superficie interna si distinguono chiaramente dei solchi e dei lumi ghiandolari.

Siccome si tratta in questi casi di una endometrite interstiziale, converrebbe abbandonare la denominazione antica di dismenorrea membranosa data a questa forma morbosa. Il reticolo connettivale è inspessito, e attraversato da abbondanti fibre elastiche. Le stesse cellule presentano qua e là ingrossamento del nucleo e del corpo cellulare, tanto che sembra avere davanti a sè come un gradino di passaggio alle vere cellule deciduali (C. Ruge) (1).

Nell'ulteriore decorso tutte le forme di endometrite corporeale possono giungere a guarigione, con ripristino della primitiva struttura normale. In altri casi nella mucosa si stabilisce una specie di processo cicatriziale. L'epitelio vibratile, che cade precocemente, non viene sostituito; la superficie interna si ricopre di cellule basse, quasi simili all'epitelio pavimentoso. Le ghiandole si appiattiscono, dilatandosi i loro lumi, e appaiono infine come semplici escavazioni; la secrezione cessa, tanto che infine la superficie interna può sembrare rivestita come da un semplice strato connettivo.

È necessario, per apprezzare i reperti microscopici, avere un esteso esercizio, come io ho potuto acquistarlo sotto l'efficace direzione di C. Ruge, per trarre una sicura diagnosi dal tortuoso convoluto di ghiandole e di vasi, e dallo stato degli interstizii. Tutto un preparato può contenere quasi esclusivamente delle sezioni di tubi ghiandolari, così da giustificare la denominazione di *endometrite cronica adenomatosa*, tanto più che queste ghiandole acquistano una importanza speciale per la tendenza alle recidive e per l'innegabile disposizione ad una tardiva degenerazione maligna, come io deduco da osservazioni, che avrò occasione di richiamare più tardi.

II. I sintomi speciali dell'endometrite nello stadio acuto sono vivi dolori al basso ventre, con forme quasi di coliche, senso di peso, di ripienezza, tenesmo rettale e vescicale, ed anche fenomeni di irritazione peritoneale. Se questi sintomi si mitigano, subentrano le note caratteristiche dei catarri cronici, cioè alterazioni nella secrezione e disturbi mestruali. Anche qui non sempre si ha immediato aumento della secrezione: essa può variare assai nelle malattie delle mucose. Per lo più

---

(1) Vedi anche Löhlein, Zeitschrift, f. Geb. und Gyn. XII, p. 465.

il secreto vischioso cervicale è alterato da abbondante miscela con liquidi mucoso-purulenti, e spesso dalla presenza di sangue: vi si trovano anche epitelii staccati e specialmente porzioni di ghiandole. Anche questi secreti si decompongono assai facilmente, e spandono allora un cattivissimo odore. Nella endometrite interstiziale in special modo si ha marcatissima tendenza ad emorragie anche extramestruali. Di solito nei catarri della mucosa uterina la mestruazione è irregolare. I primi momenti del periodo mestruale, prima della comparsa del sangue, sono accompagnati da vivi dolori. Stabilitosi il flusso sanguigno, la perdita si fa tosto esuberante, e viene talora espulsa sotto dolori colici, con getto intermittente, sempre legato ad esacerbazione dei dolori ai lombi, agli inguini e al sacro. Sotto l'influenza del catarro della mucosa può anche aversi diminuzione del flusso sanguigno, ma in questi casi mi restò per lo più l'impressione che l'irregolarità mestruale fosse piuttosto in rapporto colle alterazioni di nutrizione, che accompagnano il catarro, o più ancora colla malattia degli strati profondi dell' utero, che tanto spesso complica lo stato morboso della mucosa. Anche qui si devono distinguere i sintomi del catarro del collo da quelli del catarro del corpo.

1.° Catarro del collo.

A) I catarri acuti della mucosa cervicale hanno comuni i sintomi cogli altri processi analoghi. Dopo che la secrezione si è per breve tempo sospesa, segue un abbondante scolo di un liquido tenue, talvolta tinto in rossastro da sangue. Se il catarro coincide coll' epoca mestruale, non potrà la tumefazione della mucosa determinare la sospensione dello scolo sanguigno, il quale non proviene da questa mucosa, ma può darsi che il lume del canale venga otturato dalla mucosa tumefatta, e ne segua ostacolo all' emissione del sangue versato, e perciò sospensione mestrua. I soliti fenomeni concomitanti sono dolori, talvolta con brivido e rialzo di temperatura, sensibilità nello scavo, tenesmo rettale e vescicale.

B) I catarri cronici della mucosa cervicale per via delle profonde alterazioni nell'apparato ghiandolare dànno luogo a ulteriori e più spiccati sintomi. La mucosa assai ipertrofica, che sporge dall'orificio esterno, viene così alterata per la sua tumefazione e per le introflessioni ghiandolari, che la attraversano, da dar luogo facilmente ad emorragie, tanto più se per lunga durata del male si ha distruzione e perdita di sostanza. Allora ogni moto, ogni scossa, una defecazione difficile, le coabitazioni possono far tinto in rosso lo scolo, e ciò in unione cogli sconcerti nella nutrizione generale, coi dolori e colle profuse perdite, può mentire i sintomi clinici di una degenerazione maligna del collo.

Da poco tempo fu rilevata la reciproca influenza tra catarri uterini e lesioni di continuo della cervice, le così dette lacerazioni cervicali, che tanto spesso figurano come conseguenze di un parto. Io mi

associo a quelli (1) che ammettono che il catarro non sia in modo assoluto una conseguenza necessaria di queste lacerazioni, perchè capita spesso di trovare queste lacerazioni senza catarro (2). Siccome io credo che, perfezionati i nostri metodi di indagine, si dovrà trovare per il catarro una causa specifica, così ammetto che la lacerazione costituisca solo una predisposizione all'ingresso del principio patogeno, e che il catarro venga poi ad aggravarsi, pel fatto che la lacerazione permette alla mucosa cervicale di estendersi in superficie anche attraverso al punto lacerato. Ed allora, o la mucosa fortemente ipertrofica, mantenendosi nei suoi antichi confini, viene a far sporgenza alla superficie del collo, ed, alterando profondamente gli strati sottoposti, arrovescia all'infuori le labbra, cui manca il sostegno fornito loro in condizioni normali dall'integrità dell'orificio esterno (eversione delle labbra); oppure il processo, diffondendosi attraverso il punto lacerato, raggiunge la superficie esterna del collo, e si spinge alle parti vicine, verso i fornici vaginali (vedi figura 103) (3).

I catarri cronici del collo in certi casi per la tumefazione della mucosa determinano l'occlusione del dutto escretore di quelle ghiandole più profonde, di cui già ci siamo occupati. I follicoli da ritenzione, che ne derivano, da parte loro spiegano una compressione sui tessuti vicini e danno così occasione a dolori lievi, ma persistenti, nel bacino. Un'altra conseguenza può lasciare il catarro cervicale, la stenosi dell' orificio esterno. L'orlo di mucosa, che contorna l' orificio esterno, contrae delle aderenze parziali fra due punti opposti, e si origina così una stenosi, dietro alla quale si accumula il secreto. Il canal cervicale viene ad essere dilatato ad ampolla; la sua cavità è chiusa in basso dall'orificio esterno stenosato, in alto dalla parete rigida del corpo. I tessuti stessi del collo subiscono per questo fatto uno stiramento in lunghezza, che porta con grande frequenza all'allungamento della porzione sopravaginale. Se più tardi il catarro scompare, e la secrezione cede per atrofia della mucosa, persisterà però, oltre alla stenosi dell'orificio esterno, anche l'allungamento della porzione sopravaginale. Un tale nesso eziologico si ha campo di osservarlo non solo in ragazze, ma anche in età più inoltrata. Una volta superato il catarro acuto colle sue conseguenze, e specialmente la profusa secrezione, la stenosi rimane come ultimo sintomo del preesistente catarro. Attraverso all'orificio esterno il secreto ridotto a poca cosa può fluire senza difficoltà e senza dolore. Raramente la stenosi è tanto rigida da potervi passare solo una sonda sottile: per lo

(1) Schröder. Charité-Annalen, VI.

(2) Transactions of the Boston gynaec. Society Dec. 1885. Comunicazione di A. Martin alla Società.

(3) Vedi: Freund, Die Gynäkol. Klinik in Strassburg, 1885. — Czempin, Zeitschrift. f. Geb. und Gyn. XII, p. 287.

più si arriva con facilità a far passare il bottone grosso della sonda, ed anche il cucchiaio.

L'allungamento sopravaginale in confronto alla stenosi ha una importanza molto maggiore fra le conseguenze delle malattie della mucosa. A quanto ho potuto osservare, esso si riduce talvolta solo dopo la menopausa o durante un puerperio: ma si noti che appunto il concepimento è reso estremamente difficile da questa alterazione del collo.

2.° Sintomi del catarro del corpo.

A) Il catarro acuto della mucosa del corpo è causa di vivi dolori, che in parte si possono attribuire all'ostacolo, che le pareti uterine oppongono al distendersi della mucosa tumefatta. La soppressione delle mestruazioni non è la causa, ma l'effetto della flogosi acuta, sotto l'influenza del catarro. Per lo più alla stasi fa seguito una emorragia tanto più accentuata, qualche ora o qualche giorno dopo, che porta con sè l'alleviamento dei dolori. Anche qui i visceri pelvici cempartecipano all'affezione, grande sensibilità vi è al bacino, e specialmente la vescica ed il retto dànno luogo a vivi disturbi.

B) Tutte le forme di malattie croniche della mucosa corporeale descritte per endometrite diffusa iperplastica fungosa, e per endometrite ghiandolare, hanno per sintomo saliente l'aumento nella secrezione e le emorragie, che per lo più sono legate al tipo mestruale, ma nell' ulteriore decorso possono presentarsi anche nei periodi intermestrui. L'utero si fa congesto e tumido, e se già in tutte le forme di malattie della mucosa il parenchima sottostante ha una tendenza pronunciata a partecipare all' infiammazione, nelle endometriti fungose e ghiandolari una simile complicazione colla metrite cronica è quasi costante.

Spesso si aggiungono, non però costantemente, quei dolori, che già abbiamo ricordato come sintomo delle affezioni della mucosa corporeale. Sono a volte dolori profondi ed intermittenti; a volte compaiono solo qualche tempo prima del periodo mestruo e durante questo; a volte infine questi dolori, localizzati nel profondo dei genitali interni, sono continui e tormentano incessantemente la paziente.

Un sintomo, che si dice sia uno tra i più spiccati nei catarri uterini, è la sterilità. Nessun dubbio che la secrezione per la sua natura possa distruggere la vitalità degli spermatozoi appena sia venuta in loro contatto. Ed è facile anche immaginare che un ovulo non giunga ad impiantarsi sulla mucosa così irritata e nella secrezione, che la ricopre, e che anche più tardi nei catarri cronici, quando la mucosa ha perduto il suo epitelio vibratile per parziale guarigione spontanea, essa debba perdere la sua facoltà di tramutarsi in decidua. Ma in base alle mie osservazioni io sono disposto a rigettare la colpa maggiore della sterilità sull'allungamento della porzione sopravaginale del collo, che per me è una conseguenza del catarro. E a sostegno di questo nesso causale parlano

chiaramente, mi pare, delle osservazioni ripetute; se si dirige la cura esclusivamente alla endometrite o alla stenosi, manca il successo; il concepimento, invece, si fa possibile dopo curato l'allungamento sopravaginale.

Nelle forme esfoliative di endometrite i disturbi si fanno sentire quasi esclusivamente al tempo della mestruazione. L'espulsione di membrane è quasi sempre accompagnata da dolori colici di una estrema intensità; principalmente nelle forme sporadiche la mestruazione è preceduta già da qualche settimana da un senso accentuato di pienezza e di malessere, finchè coll'insorgenza di dolori colici si ha forte perdita di sangue, e in mezzo a questo viene espulsa la membrana. In altri casi la mestruazione ritarda di giorni e di settimane, e la paziente può credersi gravida, finchè, in apparenza per l'azione di cause di poco conto, si ripresentano i noti dolori e la perdita. È raro che l'espulsione della membrana si compia senza dolori.

La dismenorrea membranacea va congiunta quasi sempre alla sterilità, e, dato pure che la gravidanza avesse luogo, è difficilissimo che possa proseguire finchè durano le esfoliazioni. Se, nonostante l'esistenza di questa malattia, interviene una gravidanza con decorso normale, si dovrà ammettere che il concepimento si sia verificato in una delle pause più lunghe fra i successivi distacchi.

III. *Diagnosi.*

La diagnosi dei catarri uterini può riescire assai difficile, se le parti malate, per la loro profonda situazione, non sono accessibili alla vista. Ma anche qui la parte più spesso ammalata, la mucosa cervicale, si atteggia in modo da far sporgenza colle sue pieghe ipertrofiche dall'orificio esterno, sia questo poi lacerato o ancora strettamente chiuso. Le erosioni, che si propagano al di là dell' orlo dell'orificio esterno, ed eventualmente la distruzione del tessuto, che fa sporgenza al di là della superficie del collo, sono tanti punti di repere, in base ai quali è difficile il dubbio. Per sciogliere il dubbio se si abbia a che fare con un catarro semplice o con una neoformazione ai suoi principii, ricorriamo allo stesso mezzo, che ci serve per fissare la diagnosi delle singole forme di endometrite nei segmenti più profondi del canal genitale. Caratteristiche sono fino ad un certo punto la secrezione e le irregolarità delle mestruazioni. La sensibilità esagerata della parte ammalata, se la si esplora toccando la mucosa con una sonda, fornisce per la diagnosi un dato importante, di cui però si è forse esagerato il valore. Una risposta decisiva sulla natura dello stato morboso possiamo però aspettarcela solo dal microscopio.

Per la diagnosi differenziale dell'endometrite esfoliativa ha molto valore la mancanza di villi coriali. Un tale reperto è più importante

che non la distinzione di più o meno voluminose cellule deciduali. Membrane a struttura deciduale possono venir espulse anche in una gravidanza extrauterina; ma allora la presenza di una cisti fetale ci avvertirà che non si tratta solo di una malattia della mucosa.

IV. *Prognosi.*

La prognosi delle malattie della mucosa uterina non è sfavorevole nelle forme catarrali acute. Anche le lesioni piuttosto croniche, che si svolgono nei puerperii trascurati, o come sintomo di malattie generali, scrofola, clorosi, ecc., guariscono spesso con sorprendente rapidità sotto una adatta cura.

Meno favorevole è la prognosi per le forme con proliferazione interstiziale o ghiandolare, o per quelle in cui si sono sviluppate delle erosioni sul collo, con diffusione dell'epitelio cervicale oltre i limiti dell'orificio esterno.

È una delle note caratteristiche di queste malattie della mucosa la frequente oscillazione nell'intensità del processo, e l'alternarsi di intervalli di calma con esacerbazioni più o meno violente. D'altra parte è pure assai comune la compartecipazione dello stroma uterino e del suo rivestimento peritoneale, cosicchè la metrite cronica e la perimetrite si trovano accompagnare assai di frequente le endometriti.

Ne può venir disturbata la nutrizione generale, la donna diventa sofferente, malinconica, sterile, e di peso a sè ed agli altri. La prognosi va anche posta in rapporto colla tendenza dei processi catarrali alla recidiva. Malgrado ogni cura (forse la meno infida è quella col raschiamento seguito da cauterizzazione), basta una causa minima per allontanare con una ricaduta la guarigione definitiva. Rimangono dei prolungamenti ghiandolari ammalati, che si internano nello spessore della muscolatura, e che possono esser punto di partenza alla recidiva. D'altra parte accade troppo spesso di veder persistente e rinnovata l'influenza degli antichi agenti dannosi, delle coabitazioni, degli stimoli sessuali pervertiti, dell'infezione, cosicchè vien di nuovo messo in forse il risultato della terapia.

Generalmente una nuova gravidanza viene considerata come una panacea contro le infermità della mucosa uterina. Certo è da tenersi in conto l'azione favorevole delle modificazioni, che subisce l'utero. Se però si considerano tutte le alterazioni, che troppo facilmente si associano a questo stato fisiologico, non farà più meraviglia che il rimedio fallisca così spesso, e la prognosi non ne venga affatto migliorata.

Chi pensa che la parte essenziale di queste affezioni di una certa intensità sta sempre nella proliferazione o delle ghiandole o del tessuto interstiziale, non può a meno di ammettere che questa tendenza alle nuove formazioni costituisce per lo meno un momento predisponente alle

neoformazioni maligne. Si pensi poi che l'utero è una delle sedi predilette dei neoplasmi maligni nella donna!

V. *Terapia.*

a) La cura del catarro cervicale naturalmente assomiglia in principio alla cura del catarro vaginale. Specialmente nei casi recenti io ricorro alle lavature vaginali colle solite aggiunte, alle scarificazioni superficiali ripetute da tre a cinque volte, poi alle indicate sostanze caustiche nello speculum. Nel canale cervicale i caustici liquidi si possono portare facilmente con una siringa, oppure imbevendone dei fiocchi di cotone avvolti attorno a un bastoncino di legno o di vetro. Tanto pei caustici liquidi che pei solidi si propongono numerosi apparati e miscele. Per mio conto faccio uso solo di tintura di iodio o di percloruro di ferro su un fiocco di cotone. Così la mucosa infiammata e priva del suo normale epitelio si prosciuga, l'epitelio sano si riproduce alla sua superficie, e guariscono le parti di mucosa malate. Se con un regime regolato e razionale si riesce a tener lontana la paziente da ogni causa irritante, la cura accennata può bastare, specialmente agli inizii del male, per dare risultati soddisfacenti e durevoli. Pur troppo però nella pratica mancano assai spesso le condizioni volute per ottenere questi risultati. Noi infatti non riesciamo a modificare nel modo richiesto il genere di vita della donna, a mantener lontana per lungo tempo l'azione irritante dei rapporti coniugali, e così i processi infiammatorii si riproducono in una serie di casi pur troppo non piccola, anche quando la guarigione sembrava completa e radicale. Principalmente agli specialisti accade spesso di vedere dei casi, nei quali la cura del medico di casa, per quanto razionale, riusciva bensì a togliere il male, finchè il trattamento era in atto, ma non mai ad ottenere una guarigione durevole. Nei casi in cui i metodi descritti non bastarono a dare un risultato radicale, in quelli dove il male, in corso da lungo tempo, mantiene un profondo perturbamento nelle condizioni generali, e finalmente in quei casi in cui per riguardi d'ordine vario siamo costretti a tentare una cura immediata per ridare alla donna la possibilità di occuparsi utilmente, in tutti questi casi la cura tanto delle erosioni che del catarro cervicale dovrà consistere in una distruzione o rimozione radicale della zona di mucosa ammalata. Anch'io tentavo un tempo di giungere a questo scopo con cauterizzazioni profonde. Ma siccome tanto nella mia pratica che in quella di altri ho visto a queste cauterizzazioni tener dietro troppo spesso una stenosi cicatriziale, così oggidì ricorro a questo mezzo, solo quando nelle condizioni generali o nei rapporti esterni esiste una assoluta controindicazione ad un procedimento più radicale. In tutti gli altri casi io escido la mucosa malata, e con essa tanto di tessuto del collo, quanto è necessario per allontanare completamente il substrato malato, e per otte-

nere come effetto secondario una involuzione della parte alta del collo, e del corpo dell'utero, come vedremo meglio parlando delle operazioni plastiche sul collo.

b) Nella cura dell'endometrite del corpo sarà giustificato prima un tentativo: di usare cioè, assieme ad una appropriata cura generale, quei mezzi che si usano comunemente nelle malattie degli organi genitali: il riposo, la pulizia, le irrigazioni vaginali, i derivativi intestinali, i semicupii, ed anche l'ergotina o l'hydrastis.

Nei casi ostinati molti ricorrono ai caustici in forma di irrigazioni, o direttamente in sostanza, previa o no la dilatazione del canal cervicale. I caustici si usano sotto forma di bastoncini, di polveri o in soluzione: dopo rimosso il muco aderente alla parete, il medicamento vien portato in contatto coll'endometrio. Io ho sperimentato la maggior parte degli apparecchi del genere, che mi sono noti. Oltre a casi di rapido miglioramento e guarigione, ve ne sono pur sempre altri, nei quali il miglioramento o la guarigione furono soltanto transitorii.

Recentemente B. Schultze (1) ha raccomandato la cura dell'endometrite del corpo con lavature metodiche continuate a lungo (2) e con caustici blandi, e questo metodo, per la favorevole esperienza fattane da molti, venne vantato come assai efficace. Io non ne ho esperienza molto estesa. Nel numero limitato delle mie osservazioni l'effetto però fu molto lento, ed inoltre di brevissima durata, talchè ho dovuto recedere anche da questo genere di cura. Quando non bastano le cure generali, nè la pulizia ed igiene locale, cui si aggiungano eventualmente irrigazioni vaginali e semicupii, io ricorro alla ablazione col cucchiaio delle parti malate della mucosa. Così, senza aver bisogno di una dilatazione previa del collo, io tolgo in una seduta tutte le parti malate, dalle quali si ottiene in pari tempo un sicuro appoggio per giudicare della forma morbosa, ed in caso anche della necessaria terapia.

Lungi da me la pretesa di voler qui condannare tutti gli altri metodi di cura dell'endometrite. Le esperienze, che io feci col detergere la cavità uterina mediante piccoli batuffoli, col bagnare la mucosa con un liquido astringente iniettato da una siringa di Braun, coll'introduzione di medicamenti usando la così detta pistola uterina, coll'uso di medicamenti polverizzati e introdotti con un polverizzatore di Clay, colla cauterizzazione dell'endometrio mediante bacilli caustici, mi hanno alla lunga tanto poco soddisfatto, che io mi trovai sempre costretto ad andare in cerca di nuovi metodi. Ma nè questi, nè il metodo di Schultze non mi hanno dato risultati così regolarmente buoni, quanto il raschiamento se-

---

(1) Archiv f. Gynäk. XX p. 275.

(2) Uno strumento che serve assai bene a questo scopo, fu presentato da P. Ruge alla Società Ost. Ginec. di Berlino nel 1886, come modificazione alla cannula di Fritsch.

guìto da cauterizzazione. Tutti gli altri metodi sembravano meno sicuri nella loro azione: il loro effetto non era, per quanto io ho potuto constatare, così radicale come col raschiamento, dal quale del resto io non ho mai veduto derivare alcuna seria conseguenza. I rimproveri fatti al raschiamento li ho già esposti più indietro (1).

Coll'uso del cucchiaio tagliente potrebbe aversi la possibilità che resti intatta qualche porzione di mucosa, forse proprio quella malata: ma se si ricorre al cucchiaio ad orlo smusso, si può con un certo esercizio rimuovere con sicurezza tutto l'endometrio. Certo che possono così venir esportate anche porzioni sane di tessuto, che giacciono nel territorio malato. Ma v'ha sempre la questione, se è poi proprio possibile distinguere questi focolai e queste isole senza microscopio. L'esperienza insegna che, anche dopo un raschiamento completo, come alla fig. 114, ha sempre luogo una perfetta rigenerazione della mucosa, perciò l'uso dello strumento smusso risponde allo scopo (fig. 115). Non si ha infatti una cicatrice ma una vera riproduzione della mucosa. Che in questa mucosa neoformata possa riprodursi un processo patologico, prendendo punto di partenza dai residui ghiandolari malati lasciati negli strati più profondi, e che si possa quindi avere una recidiva, prescindendo da ogni nuova irritazione, è cosa indubitabile: ma è pur certo che al giorno d'oggi per le malattie delle mucose non possediamo ancora alcun altro procedimento, che ci garantisca in modo definitivo da una recidiva non rimovendo completamente e per sempre la mucosa malata.

Grandez. nat. del preparato.

Fig. 114. — Lembo di mucosa preso col cucchiaio. (Düvelius Zeitschr. f. Geb. und Gyn. X. pag. 175).

La necessità di una cauterizzazione anche dopo il raschiamento è ammessa da tutti (2): si tratta di sapere se essa debba farsi immediatamente dopo. Ciò mi pare più semplice, e non saprei perchè si debba aspettare giorni o settimane per cauterizzare poi la mucosa neoformata.

---

(1) Vedi Schwartz, Archiv f. Gynäk. XX p. 245. — A. Martin, Zeitsch. . Geb. u Gyn. VII — Düvelius, ibit. X. p. 175.

(2) Vedi Veit, Congresso del 1886.

Coll'unificare l'operazione, la terapia locale è assai facilitata, e resta poi solo da occuparsi della cura generale.

L'esito definitivo può essere compromesso non soltanto da cause esterne: un pericolo precipuo è rappresentato dalle malattie degli annessi che, difficilmente accessibili alla terapia, possono non guarire pel

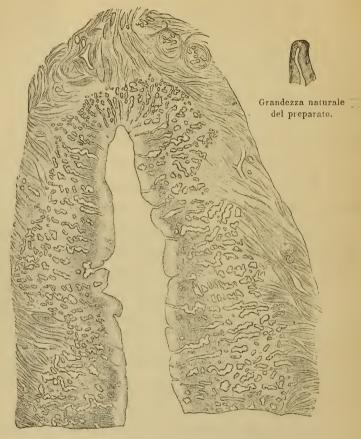



Fig. 115. — Mucosa rifatta dopo il raschiamento (Düvelius, c. s.).

solo trattamento locale dell'utero. Certo esse sono non di rado la sorgente (1) di recidiva nella endometrite. Mackenrodt ha avuto di mira specialmente questi casi, quando raccomandava le iniezioni intrauterine di iodio (2), che sono largamente in uso nella mia policlinica.

La terapia elettrica dell'endometrite non mi ha dato risultati sod-

(1) Czempin Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XIII.
(2) Conferenze, Volkmann, Neue Folge N. 45.

disfacenti. Ebbimo occasione di constatare che l'azione caustica del catode introdotto nell'utero si limita solo al punto immediatamente toccato; che in altri casi l'azione sulla mucosa è di brevissima durata, e che infine dopo molte sedute la mucosa non mostrava traccie della preceduta cura elettrica. Ciò era tanto più da deplorarsi, in quanto che la cura quasi sempre esaltava il nervosismo della donna.

L'endometrite esfoliativa è una delle più ostinate fra le malattie dell'apparato genitale. Per lo più in questi casi ho trattato la mucosa coi più svariati caustici, l'ho raschiata e distrutta estesamente, nella speranza di ottenere così un processo di involuzione, di atrofia: ma per lo più il successo non si mantenne al di là di un anno, o un anno e mezzo. In alcune malate ho potuto controllare persistente il benessere anche dopo qualche anno. In altre occorsero diversi anni per ottenere una guarigione completa, specialmente dopo aver provocato coll'amputazione del collo una energica involuzione di tutto l'utero. Ebbi però anche dei casi, nei quali, sebbene l'utero si fosse decisamente impiccolito, e il processo involutivo si sia potuto nettamente constatare col reperto clinico, dopo un certo tempo si riprodusse la dismenorrea membranacea. In questi casi non resta che il riposo nel tempo dei dolori, l'adottare tutti i riguardi possibili e il ricorrere ai narcotici. Col sopravvenire dell'età critica il male guarisce spontaneamente.

In casi estremi di dismenorrea esfoliativa, quando la paziente è tormentata ogni volta dai suoi dolori fino al deliquio, è naturale che in via empirica si tenti tutto quello che lasci lontanamente sperare un miglioramento. Un vantaggio, sebbene solo temporaneo, lo arrecano talvolta i pessarii intrauterini: altre volte giovano delle energiche sottrazioni sanguigne praticate poco tempo prima di ogni mestruazione, ed altri mezzi analoghi. Infine, se il male si ripercuote in modo dannoso su tutto l'organismo, si potrà mettere in campo anche la questione della ablazione delle ovaie sane o dell'estirpazione vaginale dell'utero, e la risposta dovrà dipendere solo dalle circostanze individuali. Per mio conto non ho ancora veduti casi così disperati.

Ho tenuto isolati dal capitolo dell'edometrite quelli sul vaginismo, sulla gonorrea, sui polipi mucosi, perchè mi pare più consentaneo col loro valore pratico il trattarne separatamente.

a) *Vaginismo.*

Per vaginismo si intende una anomala irritabilità dei genitali esterni, che può andare fino alla contrazione spastica del muscolo costrittore della vagina e della musculatura di tutto il piano perineale (1). Questa

(1) J. Simpson. Edinb. med. Journal 1861 Dec. p. 594. — Sims. London Obstetr Transact 1862. — Debout et Michon. Bull. de Thèrapeut. 1861, 3, 47. — Budin. Progrés medical, 1881 N. 2.

affezione colpisce per lo più ragazze vergini, e si fa evidente specialmente nelle giovani spose, raramente più tardi. Vi si accompagna di solito una non comune angustia dell' ostio vaginale, spesso anche una consistenza assai rigida dell'imene; ma il vaginismo può venire in scena anche con un anello vaginale relativamente distensibile. Sembrano esservi predisposte quelle donne, nelle quali la vulva si spinge molto in avanti sopra la sinfisi, tanto che l'apertura dell'uretra e dell'imene (1) si trovano sulla sinfisi, o sul legamento arcuato. Non si riscontrano lesioni anatomiche di rilievo, nè nella cute esterna, nè nei nervi che vi fanno capo. Il vaginismo si manifesta ai primi tentativi di coito, sia che l'accoppiamento incontri degli ostacoli nell'estrema sensibilità della giovane donna eccitata all'ultimo grado, o nell'abnorne volume del pene, o nella sua incompleta erezione. Per quanto io ho osservato, in tutte le pazienti, che soffrivano di questo male, non aveva avuto luogo l'introduzione del pene, e perciò l'imene non era lacerato. Però, come lo mostrano le note storie di *penis captivus* (2), il crampo del costrittore della vagina può verificarsi anche ad immissione compiuta. I tentativi replicati finiscono col determinare un forte stato irritativo dei genitali esterni, e, se esiste anteposizione dei genitali, possono aversi lesioni al lume dell'uretra: questa può anzi in casi eccezionali cedere a tal grado che la coabitazione può aver luogo per l'uretra. Pel ripetersi degli inani tentativi, e per il ritegno dal confessare il male ad un medico, l'irritabilità acquista un grado estremo; le parti si infiammano; viene in scena vulvite, bartolinite, uretrite, ed anche colpite ed endometrite. Una conseguenza quasi costante è una profonda depressione morale negli sposi; la donna specialmente soffre assai pel timore dei ravvicinamenti del marito e per la coscienza della propria imperfezione sessuale. L'eccitabilità può esagerarsi al punto che ogni menomo tocco dei genitali esterni è causa di atroci dolori, e che i disturbi vengono in scena anche senza qualsiasi contatto, per l' eccitazione sessuale, per uno sforzo nel defecare o nell'urinare.

Per lo più queste donne, come è facile immaginarsi, sono sterili; ma si sa che il concepimento può aversi per semplice deposizione dello sperma ai genitali esterni; e perciò, pur persistendo il vaginismo, può aversi gravidanza. Anzi Benicke ha visto il vaginismo esser causa di distocia (3). Col vaginismo di solito scompare anche la sterilità. Potrei qui aggiungere che simili crampi ai muscoli del piano perineale, e specialmente all'elevatore dell'ano, possono prodursi anche sotto l'influenza del raffreddamento, come vi hanno contratture reumatiche anche in altri

(1) Schröder, Trattato p. 525 ed. VII.
(2) Hildebrandt. Archiv. f. Gynäk. III p. 221.
(3) Zeitschrift f. Geb. und Gyn. II p. 262.

territorî muscolari. Resta sempre a discutersi se non sia in giuoco la masturbazione od altro pervertimento sessuale.

Lo sviluppo del vaginismo può aversi indubbiamente anche senza che esista blenorragia. I fenomeni del vaginismo del resto vengono in scena in modo transitorio in tutti gli stati morbosi dei genitali: se per vaginismo si intende l'esagerazione dei dolori dovuti a queste malattie, nella Bartolinite, nella vulvite, nella uretrite, nella colpite e nella endometrite si può giungere ad un grado estremo di eccitabilità, che si presenta sotto l'aspetto del vaginismo. Nello stesso modo possiame spiegarci come il vaginismo possa talvolta presentarsi in donne, che hanno già partorito, ed in modo affatto transitorio in tutte le fasi della vita.

La diagnosi del vaginismo si fa di solito in base all'effetto, che si ottiene toccando leggerissimamente i genitali col dito, coll'estremità di una sonda, perfino con un fiocco di cotone. Si vede allora una brusca contrazione nella muscolatura del piano perineale, la vagina ne viene fortemente serrata, anche la vulva non è accessibile, mentre la contrazione si diffonde alle natiche ed alle coscie, e assieme coll'estrema sensibilità della donna impedisce ogni contatto. Le contrazioni spastiche sono per solito di breve durata. Il cercine imenale si può trovare rigido, e perfino di consistenza cartilaginea nelle spose attempate. I genitali esterni presentano delle ferite prodotte dai tentativi fatti per superare l'ostacolo. Qualche volta si trova come unico substrato anatomico una tumefazione dello strato papillare delle piccole labbra. In altri casi le pazienti localizzano i dolori alle caruncole mirtiformi, senza che queste mostrino qualche speciale cambiamento nella loro struttura. Qualche volta l'esplorazione rivela che il vaginismo è solo un sintomo di perimetrite, ed allora non è col toccare l'introito che si destano i dolori, ma col toccare i fornici.

La terapia io ritengo che, più che in una violenta distrazione dei muscoli, debba consistere nell'attutire la sensibilità, e nell'abituare gradatamente le parti ad una opportuna distensione. Perciò si procurerà anzitutto il massimo riposo della parte, l'allontanamento di ogni genere di eccitazione, e la soppressione delle sensazioni dolorose esistenti. Servono specialmente a questo scopo i narcotici nella forma di suppositorî con morfina (0,01), belladonna (0,01) e sostanze affini, pennellature di cocaina, semicupî tiepidi con decozione d'amido, irrigazioni tiepide con infuso di *conium maculatum*, con acqua di lauroceraso, con decotto di semi di lino ed altri decotti mucilaginosi. Si capisce che ai giovani sposi si dovrà interdire ogni tentativo di coabitazione: si cercherà di ottenere regolari le defecazioni, e di osservare una dieta non eccitante: più di tutto si eviteranno le bevande alcooliche. Quando poi siano guariti gli stati irritativi ai genitali, e non esista più sensibilità eccessiva indipendente dagli stimoli, allora si comincierà la cura colla dilatazione gra-

duale mediante i così detti speculum da bagno applicati nel semicupio, che ben unti dovranno essere introdotti a datare dal numero più basso dalla paziente stessa. Se anche in principio sono maldestre, le pazienti di solito apprendono presto le necessarie manipolazioni, e dopo 4-5 volte possono passare ad un numero più elevato. Quando si è giunti a far passare uno speculum, il cui calibro eguagli quello del pene, si concederà al marito di rinnovare il tentativo, che del resto per lo più a questo momento sarà già stato fatto e seguito da successo.

Qualche rara volta non basta una cura così semplice. Allora si deve incidere l'ostio vaginale ed introdurre dei dilatatori di conveniente calibro, si può anche esportare per escisione il cercine imenale, o le caruncole sensibili ed i condilomi esistenti all'orificio della vagina, tutto insomma ciò che può tenersi causa dell'esagerata sensibilità.

Talvolta basta lacerare l'imene nella narcosi. Se si escide l'imene, si farà la sutura a punti di catgut staccati, che riuniscono i margini della mucosa esterna e della mucosa vaginale, e arrestano l'emorragia. Dopo la sutura si continua per qualche tempo l'uso degli speculum da bagno.

b) La gonorrea nella donna.

La blenorragia nella donna è stata apprezzata al suo vero significato solo in questi ultimi anni, mentre le idee di Nöggerath (1) sulla questione a tutta prima non avevano incontrato favore.

Il lavoro di Neisser (2) ha dato il fondamento necessario alla diagnosi. Le ricerche furono completate da Bumm (3) e specialmente da Wertheim (4), che ha insegnato a coltivare i cocchi.

Non è punto frequente il trovare i gonococchi nel secreto vaginale. In discreta quantità ne presentava una bambina di un anno e mezzo che era stata portata alla mia policlinica per una secrezione purulenta: ogni età ne può esser colpita: in quella bambina la conformazione della vulva permetteva di escludere l' ipotesi di uno stupro.

Spesso la constatazione dei gonococchi non riesce, sebbene non resti nel caso speciale alcun dubbio sulla sua interpretazione eziologica. Specialmente nelle malattie delle sezioni profonde del canal genitale, e in prima linea delle tube, il gonococco spesso non si trova più. Un tal

---

(1) La blennorragia latente. Bonn. 1873.

(2) Ueber eine der Gonorrhoe eigenthümliche Mikrokokkenform. Centr. f. med. Wissensch. 1879. N. 28.

(3) Der Mikroorganismus der gonorroischen Schleimhauterkrankungen. Wiesbaden 1887 Centr. f. Gyn. 1891, p. 444.

(4) Società tedesca di Ost. e Gin. in Bonn, 1891. — Vedi anche Arch. f. Gyn. e Gebhardt Berl. klin. Wochenschr, 1892. — Witte, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXV.

reperto negativo è tanto più degno di nota, in quanto che nell'uomo la constatazione riesce spesso anche dopo anni ed anni di malattia. Nel marito d'una delle mie pazienti, che già da molti anni prima del matrimonio si credeva perfettamente guarito, si poterono mettere in evidenza i cocchi di una infezione contratta 11 anni prima.

L'ipotesi, fin qui quasi generalmente ammessa (1), che il gonococco non sia in grado di dar luogo ad una peritonite, fu rettificata da Wertheim (l. c). La peritonite, che si associa ad una blenorragia della mucosa, non deriva sempre da una infezione mista, ma può essere prodotta anche dal diplococco di Neisser.

La localizzazione dell'agente infettivo ha luogo naturalmente alla vulva. Solo nelle forme inveterate, nelle quali il secreto infettivo ristagna dietro gli stringimenti dell'uretra maschile, e viene eiaculato soltanto collo sperma, l'inoculazione può verificarsi direttamente sulle sezioni alte del canal vaginale e sul collo.

Quasi sempre l' uretra prende parte alla malattia. Ma siccome l'uretra femminile è breve e non presenta infossature o recessi, e d'altra parte lo stimolo allo svuotamento frequente della vescica prodotto dalla malattia dà luogo ad una frequente rimozione del secreto patologico, così la blenorragia uretrale nella donna di solito ha una durata breve. Può anche guarire spontaneamente, come la vulvite blenorragica.

Che l' infezione della mucosa uretrale possa determinarvi processi ulcerativi e distruttivi è innegabile, come pure che la blenorragia possa estendersi alla vescica con tutte le lontane conseguenze, che si hanno anche nell'uretrite blenorragica maschile.

Nella vulvite blenorragica è complicazione non molto frequeute l'infiammazione delle ghiandole del Bartolini. Per l'infiammazione a livello della fossa navicolare può venire obliterato lo sbocco delle ghiandole, donde ritenzione di secreto, oppure la ghiandola stessa partecipa direttamente al processo morboso.

Un'altra lesione non rara è una forma di vegetazione dello strato papillare ai genitali esterni e sulla vagina. Queste ipertrofie papillari possono estendersi in forma di condilomi acuminati a tutti i genitali; la sede preferita è alla fossa naviculare in piccoli gruppi: qua e là se ne hanno gruppi disseminati alle parti esterne fino alle natiche. Questi condilomi acuti possono raggiungere le dimensioni di grossi tumori; in una ragazza di 19 anni io ho estirpate delle masse condilomatose, le quali, sotto forma di tumori dello spessore di quattro dita, ricoprivano le labbra arrivando all'indietro fino ai contorni dell'orificio anale, ed avevano resistito ad ogni altra cura.

---

(1) Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. XX. — Anche Menge nel 1890 in seguito a ricerche fatte su mio materiale aveva espresso questa convinzione.

La diffusione della gonorrea al di là dell'atrio di infezione accade o in forma di linfadeniti inguinali, o di propagazione ai segmenti vicini di mucosa. L'aspetto di una colpite od endometrite blenorragica differisce ben poco da quello di una flogosi per altre cause. È raro vedere dei condilomi anche in vagina o sul collo.

Più d'una volta in questi casi la malattia fece una sosta brevissima ai genitali esterni ed anche in vagina: i sintomi si dissiparono colla pulizia o con una semplicissima cura, lasciando le pazienti fiduciose nella guarigione, quando improvvisameete si svolge una endometrite ed una metrite acuta, accompagnate per lo più da febbre viva e dolori. Anche qui lo stadio acuto della malattia, nei casi che si ha occasione di osservare ampiamente, è di durata relativamente breve, sia che avvenga davvero presto la guarigione, sia che i sintomi di altre complicazioni si facciano in prima linea. Una complicazione funesta è lo sviluppo di una malattia tubaria, che erompe minacciosa ed improvvisa. Brivido, dolori violenti, sintomi di irritazioni perimetritica, disturbi dal lato del retto e della vescica ci mettono sulla strada della diagnosi (1). Una esacerbazione può originare dall'inattesa e subitanea comparsa di una peritonite acuta col solito corteo di vivi dolori, di distensione forte del ventre, di vomiti, di febbre. La peritonite di solito resta circoscritta, e si localizza all'ostio addominale delle tube, ove forma un essudato per lo più denso, che avvolge le ovaja, le tube e le parti vicine. Queste diffusioni possono essere unilaterali, ma in circa la metà dei casi sono bilaterali. In un caso io ho visto il processo diffondersi all'altro lato circa cinque settimane dopo l'insorgenza della prima malattia, e cogli stessi sintomi. Le altre manifestazioni sono quelle della peritonite e perimetrite croniche: riassorbito in parte l'essudato, si stabilisce una pelviperitonite cronica con tutte le sue note caratteristiche, colla sua influenza sulla posizione e mobilità degli organi del bacino, sulla nutrizione generale, sull'attitudine della donna al moto ed al lavoro, colle esacerbazioni tanto frequenti sotto una irritazione anche minima, talora ad ogni mestruazione: e non tarda in queste malate a stabilirsi una profonda cachessia. Se anche sotto una lunga cura guarisce la infiammazione del peritoneo, ed ha luogo una sorta di regressione nel male, però la donna resta profondamente debilitata, poichè le aderenze derivate da questi stadii acuti portano a dolorose e durevoli alterazioni nella mobilità normale dell'utero, a difficoltà nella defecazione e ad altri analoghi fenomeni.

Un altro modo di diffusione profonda del virus blenorragico si può avere per la via dei linfatici. In seguito all'infezione si stabiliscono per lo più in modo subdolo delle infiltrazioni delle ghiandole nello spessore

(1) Vedi anche Sänger. Archiv f. Gynäkol. XXV.

del legamento largo, che si possono incontrare come grossi chicchi disposti a rosario lungo i lati dell'utero. Delle conseguenze di questa adenite periuterina parlerò in proposito della parametrite.

La diagnosi non riesce ardua a chi abbia seguito lo svolgersi di tutto il processo. Essa è fatta certa dalla dimostrazione dei gonococchi, ma la mancanza di essi in qualche preparato non potrebbe addursi come dimostrazione contro la natura blennorragica della infiammazione.

Diventa invece molto difficile la diagnosi se non abbiamo potuto seguire gli stadii iniziali. È solo la dimostrata presenza dei cocchi che ci potrà fornire in questi casi un criterio differenziale: e questo reperto nelle endometriti è raro, nelle salpingiti e peritoniti è possibile solo dopo una cura operativa. Una uretrite ed una vulvite pregressa dànno un carattere di grande probabilità ad una tale eziologia. Accade spesso che donne affette da salpingite blenorragica vengano curate per una tiflite.

La prognosi deve sempre essere riservata di fronte alla possibile diffusione. Il maggior numero delle donne infettate supera rapidamente la uretrite e la vulvite, e perciò guarisce assai presto. Poche sono quelle, che per ulteriori diffusioni vengono seriamente minacciate. Può aversi guarigione completa, e ho visto anche verificarsi in seguito la gravidanza.

Un gran numero di donne. dapprima sane, in questo modo va incontro col principio della vita maritale ad un lento e grave marasma: per questa malattia il matrimonio in apparenza più felice non solo resta sterile, ma profondamente turbato per le continue sofferenze della donna, e specialmente per la impotenza sessuale, che in lei non tarda a stabilirsi.

La terapia dovrà essere seriamente guidata. La cura della vulvite e colpite coincide con quella già indicata per le comuni infiammazioni di queste parti. Sarà bene raccomandare appunto a queste malate il più completo riposo e l'astensione dalle ordinarie occupazioni fino a guarigione perfetta.

Contro il catarro dell'uretra mi servo con buon esito dell'iniezione di solfofenato di zinco al 5 $^0/_0$, fatta dal medico una volta al giorno: inoltre faccio fare dei semicupii, delle irrigazioni vaginali con soluzioni disinfettanti allungate, e amministro copiose bevande alcaline. Nei casi più ostinati porto nell'uretra una soluzione iodo-iodurata molto attenuata, oppure delle candelette di burro di cacao con 0,15 di iodoformio o 0,15 di ossido bianco di zinco. Faccio preparare queste candelette della lunghezza press'a poco dell'uretra, e tutti i giorni od ogni due giorni le applico nell'uretra. Se esiste grande sensibilità, a queste supposte si può aggiungere una piccola quantità di morfina, cocaina o simili. In questo modo mi riescì di guarire con una certa rapidità le ure-

triti di questo genere; molto raramente fu necessaria una cura più lunga. Non ho ancora trovato alcuna occasione per dover ricorrere ai mezzi eroici, che Emmet ha consigliato per la cura delle uretriti croniche (1).

A prevenire l'estensione del processo in vagina ricorro nei casi recenti al tamponamento con garza all'iodoformio, senza però riuscire sempre a risparmiare le parti più profonde.

Se nonostante queste cure, l'infezione si propaga ad organi più profondi, non è a mia cognizione alcun mezzo di impedire questa propagazione; ogni intervento chirurgico è controindicato, perchè il trauma non farebbe che aumentare l'invadente irritazione. Non resta che una cura sintomatica, e specialmente il riposo ed i riguardi più minuti; la peritonite iniziale e la adenite periuterina dovranno al loro manifestarsi venir combattute con cura antiflogistica.

c) *Polipi mucosi — Ipertrofia follicolare del collo.*

I follicoli della mucosa cervicale malati per azione del catarro, non di rado, mano mano che si distendono, vengono portati subito al di sotto della superficie, o fanno rilievo sul piano di questa. Nel canal cervicale i così detti ovuli di Naboth possono restare a lungo inalterati, possono scoppiare, evacuare il loro contenuto e guarire, oppure formare delle cavità discretamente distese al di sotto della superficie. E in special modo presso all'orificio esterno che si sentono spesso in forma di nodi chiaramente rilevabili, il cui contenuto vischioso, limpido o puriforme, si intravede per trasparenza anche dalla superficie esterna del muso di tinca. Questi follicoli, spingendo davanti a sè la mucosa, possono isolarsi, incappucciarsi e peduncolarsi. Dal peduncolo formato dalla mucosa pendono nel lume del canal cervicale uno o più follicoli in forma di polipi: essi fanno sporgenza dell'orificio esterno, e si spingono in vagina sia isolati, sia riuniti a gruppi, o in forma di vegetazioni a cresta di gallo. Simili vegetazioni possono fortemente distendersi sotto una irritazione dei tessuti del collo, in modo da dar luogo ad una ipertrofia follicolare delle labbra, che possono così scendere sino all'ostio vaginale (2). Il tessuto di queste masse ipertrofiche risulta di ampî spazî follicolari, ed è composto da tutti gli elementi della mucosa, dalla quale proviene. Più raramente la compartecipazione dei follicoli si fa meno spiccata: nella ipertrofia follicolare delle labbra il complesso ha l'aspetto di una mucosa vegetante con ectasie ghiandolari a forma varicosa.

Questi polipi mucosi e queste masse ipertrofiche sorgenti dalla superficie assumono facilmente la forma che loro è data dai rigidi tessuti

(1) Trattato, 3.ª Ed. p. 740 e s.

(2) Stratz, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XII 1886.

circostanti. Possono presentare delle ramificazioni, essere peduncolati od anche aderenti pel loro estremo ai tessuti vicini. Anche in essi i follicoli vanno incontro ai noti cambiamenti, scoppiano, si svuotano e lasciano degli ampî difetti di sostanza, oppure fanno salienza sulla superficie come altrettanti bitorzoletti, rimarchevoli per la trasparenza del loro contenuto variamente colorato. Nel loro interno questi polipi e queste masse ipertrofiche contengono sempre numerosi vasi. Nel tessuto connettivo esiste per lo più copiosa infiltrazione cellulare. Alla base di tumori di questo genere, che abbiano raggiunto un certo sviluppo, la mucosa è spesso in uno stato di irritazione intensa, il confine dell'epitelio cilindrico si spinge ad invadere il muso di tinca, e fino sulla mucosa vaginale: si ha infine l'aspetto di un rigoglioso sviluppo di erosioni. In questo campo si sviluppano ovunque spazî follicolari e prolungamenti in forma poliposa, cosicchè l'aspetto, assieme alle manifestazioni cliniche, fa l'effetto come di una degenerazione maligna.

Fig. 116. — Polipo follicolare (da Schröder).

I sintomi dei polipi mucosi sono: il notevole aumento della secrezione commista spesso a sangue, le profuse menorragie, e non di rado dolori intensi. Questi sintomi si appalesano talvolta in modo rapido, specialmente nelle donne di una certa età; per lo più compaiono a poco a poco, associati ai sintomi del catarro cronico, tanto che la scoperta del polipo o della ipertrofia follicolare può essere affatto causale. In altri casi si vedono susseguirsi a brevi intervalli le mestruazioni profuse, in altri tengono il primo posto i dolori. Questi dolori sembrano talora aver qualche cosa di caratteristico, essendo in rapporto con contrazioni uterine, che insorgono per determinare l'espulsione del polipo, quando questo si faccia tumefatto sotto la mestruazione, o per altra causa. Queste doglie possono durare a lungo, od anche succedersi a brevissimi intervalli. Massime nelle donne in età mi occorse di trovare, unico sintomo, i soli dolori sacrali, senza emorragia nè aumento di secrezione.

La *diagnosi* non incontra quasi difficoltà di rilievo, se l'esame è fatto attentamente. Si sente allora il tumore mobile all'orificio uterino, nel caso che siasi già estrinsecato (fig. 116). Gli ovuli del Naboth, e le forme iniziali di vegetazione poliposa, che non hanno ancora abbandonato il canal cervicale, diventano accessibili solo se l'orificio esterno è beante; talvolta si sentono distinti sotto la congestione mestrua, ed è appunto in questi casi dubbî che si consigliò di esplorare durante le mestruazioni.

La *terapia* deve consistere nell'estirpazione dei polipi, con o senza

la mucosa vicina. Se si tratta di tumoretti affatto isolati, si può afferrarli con una pinza a polipo in tutta vicinanza alla base, e sradicarli; processo che di solito è seguito da una guarigione così regolare, che si può eseguirlo negli ambulatorî senza preoccupazioni, anzi senza neppure preavvisarne la paziente, quando questa sia troppo eccitabile. I vasi del peduncolo si retraggono rapidamente, e la torsione ne accartoccia in modo le pareti, che per lo più non si ha quasi emorragia. Il peduncolo scompare poi per atrofia. Per maggior sicurezza si può coprirlo con un batuffolo di cotone bagnato nel percloruro di ferro, e sovrapporvi un tampone. Se il peduncolo è resistente, ricco di tessuto fibroso, e voluminoso, sarà meglio trafiggerlo presso alla base con un ago, per allacciarlo poi in due; indi si escide il polipo non troppo vicino alla legatura, e il peduncolo si atrofizza regolarmente.

Se in vicinanza al polipo, alla sua base o tutto attorno, la mucosa è fortemente irritata, se esiste una tumefazione follicolare del labbro, converrà escidere tutta la massa ammalata. E a seconda del caso si farà la discissione del collo, si esporterà alla sua base la parte ammalata, e si chiuderà il difetto colla sutura.

Non è raro che questi tumoretti abbiano una recidiva, e che cioè nuovi follicoli sollevino la superficie, e assumano sviluppo poliposo. Per questo motivo si insiste nel raccomandare la ablazione radicale di tutta la mucosa ammalata.

C. — Infiammazione del parenchima uterino.

1. — Metrite acuta.

All'infuori del puerperio, è rara l'infiammazione acuta del parenchima uterino: per lo più è conseguenza di infezione settica contratta in travaglio, e porta con sè dei fenomeni generali tanto gravi, che quasi sempre le infelici pazienti vengono a soccombere.

Oltre che al puerperio, la metrite acuta si collega di frequente al processo mestruale. L'intensa congestione sanguigna che accompagna questo processo prepara un terreno opportunissimo all'insorgenza della metrite acuta; massime il raffreddamento, i traumi o l'abuso dei piaceri sessuali in questo periodo possono dar luogo ad una flogosi acuta. Frequente causa è pure l'infezione blenorragica, e tutte le malattie della mucosa a decorso molto rapido. Si conoscono anche casi di metrite acuta dovuti ad inopportuni maneggi ginecologici; ma, pur riconoscendo questa forma, io ne dò la causa non all'atto operativo in sè, ma ad una infezione, che vi si associò.

Le lesioni anatomo-patologiche sono dapprima una congestione arte-

riosa e venosa, una rilevante tumefazione, l'infiltrazione parvicellulare del tessuto intermuscolare, la tumefazione dei fasci muscolari stessi e la presenza di stravasi sanguigni più o meno estesi. Raro è che manchi nella metrite acuta l'interessamento della mucosa e del perimetrio. — Queste alterazioni possono scomparire per riassorbimento, e l'utero ritornare alla norma; altre volte si passa dallo stadio acuto al cronico, sebbene si debba ritenere in massima che questo passaggio si verifica solo in casi isolati.

Rarissimo l'esito in ascesso; casi ne furono osservati in evidenti rapporti coi diversi momenti eziologici accennati; e fu pure studiato l'ulteriore decorso di questi ascessi, sia per riassorbimento, sia per evacuazione (1). Io non ho mie osservazioni particolari in proposito. Bisognerà ben esaminare in casi di questo genere se non si tratti alle volte di miomi suppurati o in via di rammollimento, come io ne ho osservato e ne ho anche descritto (2).

I *sintomi* della metrite acuta, che può iniziare e decorrere con brivido e rialzo di temperatura, consistono in vivi dolori al ventre ed al sacro, e in penosissimi disturbi dal lato della vescica e del retto. Se la metrite acuta è dovuta ad azione reumatica durante la mestruazione questa suole cessare d'improvviso, come nella endometrite acuta, che del resto non manca quasi mai: ricompare poi dopo parecchi giorni con maggiore o minore abbondanza. Anche qui la soppressione mestruale non è altro che un primo sintomo saliente della malattia. In altri casi coll'inizio della metrite acuta compare una menorragia profusa, che non è poi da considerarsi come sfavorevole, in vista della sottrazione sanguigna, che ha luogo in organo tanto congesto. Gli altri sintomi in parte sono in rapporto piuttosto con altre malattie coesistenti, anzichè colla metrite stessa. Così è nella infezione blenorragica del contemporaneo ammalarsi delle tube e del peritoneo; così pure nella metrite acuta da infezione settica, la sepsi generale prende il sopravvento, mettendo la metrite affatto in seconda linea.

La *diagnosi* della metrite acuta poggia sull'intensa tumefazione dell'utero, che di solito colpisce egualmente collo e corpo.

È poi caratteristica della metrite acuta una straordinaria dolorabilità; il menomo tocco col dito, il più delicato tentativo di esplorazione combinata fanno insorgere dolori atroci. Se tuttavia si riesce, per es. nella narcosi, a palpare l'utero, il suo volume appare aumentato, specialmente nel senso dello spessore: i tessuti circostanti sensibili al massimo grado, anche se non vi esiste alcun essudato.

L'utero così ingrossato e dolente ha una consistenza molliccia spic-

---

(1) Schröder. Handbuch. p. 85.

(2) Berliner Beiträge zur Geb. u. Gyn. 1873, p. 23.

cata, press'a poco come in gravidanza. Nello stadio acuto la secrezione in principio è quasi sempre scemata; ma, appena si modera l'iperemia acuta, si ha un notevole aumento, con frequente miscela di sangue ai prodotti di secrezione, prescindendo dalle menorragie che possono venire in scena, se la metrite acuta si sviluppò in un periodo mestruale.

La *prognosi* della metrite acuta è sempre piuttosto grave. Certo che il periodo acuto può risolversi rapidamente ed esser seguito da guarigione. La possibilità di una ulteriore diffusione del processo morboso, manifestandosi dapprima sotto forma di metrite acuta, deve però far tenere in sospeso la prognosi finchè sia chiaramente stabilita la causa ed il decorso. Finalmente la prognosi è offuscata anche dalla possibilità, sebbene remota, della formazione di un ascesso, e dalla disposizione alle recidive.

La *terapia* in rapporto coll'acuzie del processo deve essere specialmente antiflogistica: possibilmente riposo e vescica di ghiaccio, tenendo la donna a letto, sottrazioni sanguigne al basso ventre; lavature disinfettanti, fresche, oltre all'uso eventuale di morfina o di altri narcotici, del cloralio, cocaina, estratto di belladonna, ecc. Se lo stadio acuto passa senza propagazione della flogosi ai tessuti vicini, la sottrazione sanguigna si può ripetere sull'utero stesso in forma di scarificazioni, e ricorrere poi ai semicupii, alle irrigazioni emollienti, e prima di tutto ad una energica derivazione intestinale. Non bastano sempre a questo scopo l'olio di ricino o gli altri purganti blandi, nè si può talvolta far a meno di ricorrere ai drastici.

Se la metrite acuta si sviluppa in rapporto col periodo mestruale, può darsi che la cura col ghiaccio sia mal tollerata, ed allora è da preferirsi l'uso di impacchi caldi sul ventre, ed eventualmente di irrigazioni calde a 50.° C. in vagina. Anche qui si farà in principio ampio uso di narcotici.

Se si sviluppano indizii di un ascesso, è raro che persistano a lungo i tumultuosi fenomeni iniziali: se esiste aumento di temperatura con notevoli esacerbazioni vespertine e remissione al mattino, nonchè forti dolori pulsanti, si andrà alla ricerca della raccolta ascessuale, per evacuare possibilmente il pus. Non avendo esperienza personale, mi pare però che debba essere estremamente difficile di trovare in questi casi la sede dell'ascesso.

Passati i sintomi acuti dei primi giorni, dissipata la febbre che raramente manca ai primi inizii della malattia, si procederà nella cura co metodo, di cui parleremo estesamente a proposito della metrite cronica. È difficile che si sia in grado di prevenire lo sviluppo di perimetriti acute: in caso, si attuerà la cura opportuna, come la descriveremo nel capitolo della perimetrite.

2. — Metrite cronica.

Sotto il nome di metrite cronica si intende una iperplasia connettivale della parete uterina, associata ad aumentata sensibilità (1).

Ammettiamo pure che questa definizione di metrite cronica non risponda perfettamente a quanto noi intendiamo per processo cronico infiammatorio: tuttavia anch' io sono del parere che si ha ragione nel ritenere che questa iperplasia connettivale sia un'infiammazione cronica, perchè nel periodo di svolgimento di questa iperplasia non mancano, tranne rarissime eccezioni, gli incidenti infiammatorii, e perchè questa malattia, pure con rare eccezioni, va congiunta a flogosi del rivestimento mucoso e sieroso dell'utero. A giustificare la definizione di questa forma come una infiammazione cronica, non è senza valore il fatto, che la sua cura essenzialmente deve essere una cura antiflogistica.

La metrite cronica assai spesso si sviluppa in rapporto colla gravidanza, col parto e col puerperio. Per anomalie nell'involuzione puerperale la musculatura subisce in modo imperfetto la degenerazione adiposa e il riassorbimento: i fasci connettivali, che si sono sviluppati nel decorso della gravidanza, possono non essere compresi nell'involuzione, nè esservi compreso l'apparato vascolare, nella misura che si ha in un puerperio normale.

Questi turbamenti nei processi involutivi li vediamo dopo una gravidanza a termine venire in scena per trascuranza nel puerperio, per sopravvenute endometriti, per il troppo precoce ritorno a smodati eccitamenti sessuali, per la mancanza di cure rivolte a regolare la digestione e la nutrizione: li vediamo però con specialissima frequenza seguire alla interruzione prematura della gravidanza. La frequenza della metrite cronica dopo gli aborti è dovuta, non solo al fatto che le donne, pel pregiudizio che una gravidanza interotta prima del termine non richieda gli stessi riguardi di una a termine, si sottraggono alle cautele necessarie, ma anche al fatto che nel parto abortivo è di solito incompleto lo svuotamento dell'utero, e da ciò hanno punto di partenza disturbi di lunga durata nelle funzioni della mucosa uterina. Schroeder (l. c.) ritiene che l'incompleta involuzione postabortiva stia fors'anche in rapporto col mancato stimolo dell'allattamento.

Infine la metrite cronica si sviluppa di preferenza in quei puerperi, che furono disturbati da malattie, sì per l'infezione settica, o per il trauma del parto.

All'infuori del puerperio, la metrite cronica è per lo più occasionata da disturbi nella mestruazione, che possono avere la loro causa in uno

---

(1) Definizione data da Schröder nel suo trattato a p. 8.

spostamento uterino, o in certi disordini igienici protratti, quali si hanno per un'irrazionale igiene scolastica o per malintese convenienze sociali, o in azioni reumatiche, tutte cause che agiscono sulla parete uterina dopo di averne alterata la mucosa. — La metrite cronica è pure frequente conseguenza di incongrui od eccessivi stimoli sessuali, dell'onanismo o dei rapporti con uomini impotenti, e finalmente dobbiamo considerare come causa disponente allo sviluppo della metrite cronica tutti quei disordini nella digestione e nello stato di ripienezza dei vasi del basso ventre, che, per la loro protratta azione, aumentano in modo abnorme la congestione anche dei vasi uterini.

La *frequenza* della metrite cronica è molto variamente giudicata: per alcuni sarebbe la più comune, per altri una rarissima malattia. Winckel (1) alla sezione di circa 650 cadaveri di donne ha riscontrato una metrite cronica isolata circa nel 4 per cento dei casi.

Anche stando alle mie osservazioni, la insorgenza isolata della metrite cronica non è certo più frequente: ma, unita a infinite complicazioni, la si trova in una percentuale assai più elevata di donne ammalate (2).

L'*anatomia patologica* della metrite cronica è caratterizzata dalla ricca iperplasia del tessuto connettivo, in grembo al quale giacciono le fibre muscolari in parte degenerate (3), in parte isolate in fasci irregolari, ed i vasi, turbati nella regolarita della loro funzione per la presenza di ectasie varicose, o di rigidi strozzamenti. La sezione di una parete uterina alterata per metrite cronica ci presenta una superficie estremamente pallida, in cui i fasci tortuosi di tessuto connettivo spiccano pel colorito bianco splendente, fra masse di tessuto colorite in rossiccio; qua e là si trovano spesso delle piccole ecchimosi, offrendo il quadro descritto da Mackenrodt colla designazione molto opportuna di cirrosi dell'utero (4).

Simili lesioni possiamo trovarle uniformemente diffuse a tutto l'utero. In altri casi l'iperplasia è spiccata solo in una parte dell'utero, può essere cioè limitata al collo od al corpo.

La localizzazione del male al corpo od al collo è raro che lasci completamente intatta la parte non malata. Per la forte distensione del corpo il collo può apparire quasi virgineo: di solito però riproduce, sebbene in grado minore, le stesse lesioni. Se è il collo colpito, il corpo

---

(1) Lehrbuch 1890 p. 550.

(2) Vedi Pozzi, Traité de Gynéc. 2.ª Ed. 1892, p. 136 e 361.

(3) Finn (Centralbl. f. med. Wissensch. Sept. 1868) ritiene che questi processi, che colpiscono le fibre muscolari, siano la causa dell'ingrossamento dell'utero. Sinéty invece (Annales de Gynéc. 1878, p. 129) trovò quali fatti essenziali una considerevole ectasia degli spazî linfatici, una iperplasia del connettivo perivascolare, ed un interessamento della mucosa.

(4) Beiträg. z. intrauter. Therapie, Sammlung klin. Vorträge. 1892, N. 45.

può prendere tanta poca parte al processo, da figurare come un'esile appendice di fronte all'enorme sviluppo del collo. L'aspetto di quella forma d'ipertrofia, che più innanzi descriveremo come allungamento della porzione sopravaginale, è appunto spesso caratterizzato da ciò, che al disopra del collo assai sviluppato in lunghezza, si trova pendente alla superficie anteriore il corpo, che molte volte è più piccolo di quello. Il rapporto di volume tra i due segmenti si trova allora essere come nell'utero infantile, nel quale il corpo rappresenta un terzo, il collo i due terzi della massa totale.

Un'altra deformazione caratteristica si ha nella metrite cronica cervicale, se è complicata da una soluzione di continuità nel contorno dell'orificio uterino. Data una lacerazione unilaterale, le labbra del muso di tinca possono apparire estroflesse da questo lato; nei casi di lacerazione bilaterale le labbra si divaricano, e si accartocciano verso l'esterno in modo da imitare la forma di un fungo. L'insignificante resto di collo figura allora come un peduncolo a cui è sovrapposto quel tanto che rimane del corpo (Vedi più avanti il capitolo sulle lacerazioni cervicali).

Tanto lo spessore quanto la lunghezza dell'utero, e specialmente del collo, ne vengono alterate. In uno stadio subacuto il collo si atteggia a forma di pene, scende molto in vagina e può anche far sporgenza da essa. Questi estremi sono molto rari.

Io ho avuto occasione di osservare due di questi casi: l'uno in una ragazza isterica, ammalatasi probabilmente in seguito a masturbazione; l'altro in una conta-

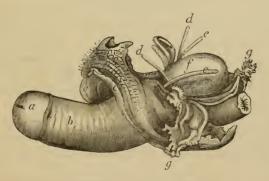



Fig. 117. — Prolasso del collo dell'utero ipertrofico. *a* porzione vaginale. *b* vagina arrovesciata sul collo ipertrofico. *c* piccole labbra. *dd* legamenti rotondi. *ee* ureteri. *f* vescica. *gg* fimbrie tubariche.

dina gracile e sospetta di tisi. In ambedue una massa di color rosso cupo, analoga al glande di un pene, sporgeva parecchi centimetri dalla rima vulvare, e dall'orificio beante alla sua estremità si riversava in copia un secreto fluido. La superficie presentava delle screpolature, e sanguinava facilmente al più leggiero contatto. Circa tre cen-

timetri più in su di questo estremo tondeggiante si vedeva una plica, rispondente all'orlo teso dell'orificio uterino, e sopra di essa, molto disteso ma quasi inalterato, il normale rivestimento esterno della portio, come nella fig. 117. Nell'altro caso questa plica era lacerata su di un lato, e la superficie vi appariva intensamente infiammata. L'inserzione del fornice anteriore era in un caso a 5 cent. nell'altro a 6 cent. sopra l'estremo di questa appendice foggiata a guisa di pene. L'inserzione posteriore della vagina era di poco più in alto: tutto l'utero era manifestamente ipertrofico, ed era disceso in basso nel bacino col corpo inclinato in avanti. In un caso il collo superava i 7 cm., nell'altro era di 8.5 cm.

Per lo più i casi di allungamento del collo interessanti in modo uniforme la porzione infra e la sopra vaginale occorrono alla osservazione soltanto in uno stadio cronico.

Così una parente della donna sopraricordata, e che si presentò con essa alla visita, aveva una notevole ipertrofia della portio con stenosi estrema di tutto il canal cervicale; la portio sebbene esternamente ben conformata, arrivava fino alla rima vulvare, e sulla parete anteriore misurava più di 4 cent. I fatti infiammatori si erano già da tempo dileguati, prima che la paziente, molto riservata, si fosse decisa ad un esame.

La porzione infravaginale per lo più si trova deformata e resa conica per la pressione della vagina e per la resistenza della mucosa che la riveste.

Allungamento della porzione sopravaginale. — La porzione sopravaginale del collo si allunga, si fa rigida, e supera di solito solo in lunghezza, ma qualche volta anche in spessore, il corpo rimasto immune da infiammazione. Il rapporto fra corpo e collo appare infantile. E appunto questa circostanza, che ha contribuito a far considerare come congenita questa alterazione di forma dell'utero. Però molte volte si riesce a seguire clinicamente il graduale svolgersi di questa ipertrofia sopra vaginale, e della conseguente antiflessione del corpo che rimane piccolo (1). Questi casi si contraddistinguono anche perchè tutto l'utero in massa si trova spostato verso la concavità del sacro (fig. 118). Il collo assai lungo scende in basso ed all'avanti: attraverso al fornice posteriore il dito può seguirlo in alto, tanto che, se l'esplorazione non è molto diligente, quasi sempre si diagnostica una retroversione. Il corpo dell'utero pende come una piccola appendice dalla faccia anteriore di questo lungo collo, e si può sentirlo coll'esplorazione combinata, o spingendo il dito in alto lungo un margine del collo: il punto di passaggio dal collo al corpo si raggiunge a stento assai in alto.

Complicazioni. — Quasi costantemente il quadro della metrite cronica si collega con quello dell'endometrite, e non di rado con quello della

(1) Vedi i miei casi fino al 1882 in Rabenau, Berl. klin. Woch. 1882, N. 36.

perimetrite cronica. Nella complicazione coll'endometrite cronica assumono grande importanza le introflessioni ghiandolari, che attraversano gli strati della parete uterina più vicini alla mucosa. Si ha così la produzione di nodi, che si riconoscono dovuti a tubi ghiandolari strozzati

Fig. 118. Antiflessione ed ipertrofia sopravaginale.

ed isolati, a cisti da ritenzione, a follicoli: specialmente se colla malattia della mucosa si sviluppano le così dette erosioni, noi ne troviamo il substrato profondamente invaso dai prolungamenti ghiandolari. Questi possono spingersi assai in là nel tessuto uterino, dando origine ad una disposizione quasi alveolare, che può tornar difficile a distinguersi da una degenerazione maligna.

Decorso. — L'iperplasia connettivale può persistere a lungo più o meno modificata, e per gli eventuali attacchi infiammatorî si fanno più o meno evidenti in tutto l'utero o in parte di esso le traccie dell'infiammazione.

I *sintomi* della metrite cronica spesso nei loro inizî sfuggono ad una precisa demarcazione. Siccome la metrite cronica raramente è il risultato di un processo acuto, così i sintomi si sviluppano solo gradatamente, per raggiungere un carattere spiccato di individualità solo quando le lesioni locali si saranno nettamente stabilite.

Se la metrite cronica è dovuta ad una deficiente involuzione puerperale, non si vede l'organismo ritornare alle condizioni normali durante il puerperio. Invece di riacquistare le forze, la puerpera accusa un senso di profondo esaurimento; l'involuzione puerperale non ha termine al 2.° o 3.° mese; nè vi ha una sosta al generale dimagramento; ma invece continua, e conduce spesso ad una precipitosa scomparsa del pannicolo adiposo e delle masse muscolari. Ad ogni sforzo rispondono dolori al sacro ed al basso ventre; la secrezione continua ed aumenta, la donna dice di sentire qualche cosa che tende ad uscire dai genitali: accusa tenesmo vescicale, stitichezza ostinata. Le mestruazioni abbondanti si succedono a brevi intervalli, ed anche nelle pause il secreto è talora tinto in sanguigno. Questi fenomeni possono durare con intensità oscillante; per motivi in apparenza di poco conto i disturbi si esacerbano, per persistere poi in grado minore per settimane e mesi, in modo però da non permettere di credere in una avvenuta guarigione.

Se in questo modo di svilupparsi del male nel periodo puerperale le donne oppongono una resistenza più o meno lunga prima di confessarsi malate, e più d'una volta si decidono solo dopo una nuova gravidanza e dopo un prolungato malessere ad ammettere ciò che gli altri già da tempo sospettavano, lo svolgimento dei sintomi è ancor più subdolo nelle forme non puerperali di metrite cronica.

Specialmente le ragazze, che vi vanno incontro in seguito ad endometriti e a disordini mestruali, sopportano spesso per lunghi anni i disturbi del male, prima che ne sia conosciuta la natura e che si possa istituire una cura. Si hanno allora le manifestazioni della clorosi, scompare la voglia di lavorare e di divertirsi; la paziente soggiace ad uno stato di invincibile stanchezza e di estremo dimagramento, che entro un certo tempo cambia una florida ragazza agli albori della pubertà in una disgraziata malaticcia, magra, inetta in egual modo al lavoro ed agli svaghi giovanili. Nel tempo della mestruazione essa è costretta a letto, o. se persiste a stare in piedi, assediata da forti dolori, è resa incapace al lavoro. Le molestie, di cui si lagna la paziente, per lo più non si localizzano al basso ventre; si tratta di una emicrania, di fenomeni dispeptici, che vengono messi avanti in prima linea, ed è raro che

la paziente confessi che il suo malessere, più che dalla mancanza d'appetito e dagli altri dolori, dipende dai dolori al ventre, dal senso di peso, dai dolori sacrali e colici prima e durante la mestruazione, e dalle copiose secrezioni.

All'esame locale, nella metrite cronica si trova notevole aumento del volume dell'utero, specialmente nel suo spessore. L'utero così ingrossato può essere quasiinsensibile, mentre in altri casi presenta una squisita sensibilità anche all'introduzione della sonda. Nelle periodiche acutizzazioni del male esiste sempre aumento nella sensibilità; in questi momenti l'utero si sente più grosso, ma scemato in consistenza, quasi pastoso, in modo da ricordare la consistenza dell'utero gravido. Esaurito il processo, le parti ammalate si trovano di una durezza uniforme; la specie di retrazione cicatriziale, che si stabilisce, determina anche la scomparsa dell'aumento di volume; l'utero si fa piccolo e di consistenza quasi cartilaginea. La sensibilità può cessare completamente, od essere assai scemata, in rapporto colla maggior rarità dei periodi di riacutizzazione.

Se il male colpisce solo il corpo, ed il collo è sano o poco malato, nell'acme del processo morboso la nota caratteristica sarà fornita dalla contemporanea flogosi dell'endometrio, giacchè alla sensibilità per la palpazione esterna si aggiungerà quella dovuta al contatto della mucosa. Nelle malattie del perimetrio la sensibiltà del rivestimento sieroso è ancora poco marcata, in confronto di quella che si ha per lesioni allo spazio del Douglas, il cui fondo e le vicinanze dei legamenti utero-sacrali si distinguono per la loro squisita dolorabilità.

Questa sensibilità recede alquanto nei momenti di pausa del male, e allora l'interessamento del perimetrio verrà sospettato solo in seguito a manovre dirette, a tentativi di spostare l'utero, allo spostamento determinato da una dura colonna fecale, a coabitazioni, ecc.

Se il collo è malato, si constaterà il suo aumento di volume, in una forma che si potrà benissimo precisare colla esplorazione combinata. Del resto riesce caratteristico anche il modo di comportarsi della mucosa cervicale e delle labbra del muso di tinca. Se, toccando il collo, ne esce il muco abbondante e vischioso, se sotto alla superficie si vedono spinti dei follicoli ingrossati e cangiati in cisti da ritenzione, il reperto meriterà speciale attenzione. Se la mucosa non è malata, o lo è appena ai primi stadii, o è già in via di guarigione, troveremo il collo, e specialmente la porzione vaginale, ora in forma di clava, ora, quando l'orificio esterno ha mantenuto la sua configurazione, in forma conica, duro, o, specialmente nei primi stadii, in uno stato di rammollimento analogo a quello della gravidanza.

Fra gli altri fenomeni hanno precipua importanza, i disordini che riguardano mestruazione e concepimento. Nella forma puerperale di me-

trite cronica la mestruazione ha quasi sempre una straordinaria abbondanza, specie nei primi tempi, e con brevissimi intervalli vengono emesse notevoli quantità di sangue bruno, in parte coagulato: la mestruazione dura assai più del periodo consueto, e più d'una volta non scompare poi completamente. Solo a gradi si verifica un miglioramento, nel senso che la quantità e la tinta del sangue espulso si avvicinano alla norma, e ad attestare la persistenza del male rimane solo l'abbondante secrezione nei periodi intermestruali. Nelle forme non puerperali di metrite cronica vediamo la mestruazione tenere un decorso assai vario. Per lungo tempo conserva il tipo regolare, con un periodo di 3-4 settimane, ma si presenta con vivissimi dolori colici, che ora cessano alla comparsa dello scolo sanguigno, ora durano per tutta la durata del flusso. La mestruazione si fa sempre più copiosa, e all'acme della malattia vengono emesse considerevoli quantità di sangue, anche sotto forma di coaguli. In altri casi per influenza della metrite cronica la perdita sanguigna si fa sempre più scarsa, e sempre più lunghi gli intervalli intermestruali: l'emissione della scarsa quantità di sangue, color rosso chiaro, dura appena qualche ora, e ne trova sollievo e miglioramento, non fosse che per breve tempo, la paziente tormentata dal senso di pienezza al basso ventre e da forti congestioni al cuore ed al capo. In tutte le forme di metrite cronica si vedono talvolta, estinto il processo, cessare quasi completamente le mestruazioni e venire in scena una precoce amenorrea, che angustia in grado estremo la povera donna. La menopausa, una volta stabilitasi dopo anni di sofferenze, può portare infine il compenso di una guarigione spontanea.

L'influenza della metrite cronica sul concepimento non è costante e pare dipenda meno dal grado di alterazione del parenchima, che dalle complicazioni da parte della mucosa e degli annessi. È solo così che si spiega, come donne affette da metrite cronica, e specialmente dalla forma puerperale, concepiscano quasi subito per una coabitazione che tenga dietro ad un parto o ad un aborto, mentre altre rimangono sterili.

Le cause di sterilità stanno specialmente nella concomitanza di endometrite, salpingite, perimetrite e periovarite. L'influenza della gravidanza sulla metrite cronica non è sempre così favorevole come molti ammettono, e come risulta indubitabile in qualche caso. È abbastanza comune nelle donne affette da metrite cronica l'aborto, sia che la mucosa resti incapace ad una normale trasformazione in decidua, o che il parenchima non si presti alla distensione necessaria per alloggiare il frutto del concepimento. Dalle mie osservazioni risulterebbe, che si può contare su una gravidanza normale in quei casi, in cui si riescì a guarire le complicanze da parte della mucosa.

Se il puerperio viene sorvegliato in modo razionale, può guarire in fatto anche l'iperplasia connettivale, per cui resta giustificato l'annoverare la gravidanza fra i mezzi curativi della metrite cronica.

La *diagnosi differenziale* della metrite cronica dalle altre malattie riesce troppo ardua alla sola palpazione. Il più fatale sarebbe lo scambio con una gravidanza. L'aumento di volume, la mollezza, una certa sensibilità sono propri a tutti e due gli stati, ma di solito in casi di gravidanza, anche ai primissimi tempi, sono riescito a trovare un punto d'appoggio alla diagnosi nella pulsazione dei vasi, nel rilasciamento del pavimento pelvico e della vagina, e più che tutto nell'anamnesi.

Hegar (1) in questi ultimi anni ha più volte richiamato l'attenzione su un notevole rammollamento, che al principio della gravidanza ha luogo nel limite intermedio tra il corpo ed il collo, e che sarebbe caratteristico per questi primi stadii. Egli ricorse in questa occasione ad osservazioni analoghe da me pubblicate (2), ove io trovai come complicazione della gravidanza un allungamento della porzione sopravaginale, ed ove accennavo alla possibilità dello scambio con tumori, che fossero inserti sul corpo per un breve peduncolo. Questi casi differiscono essenzialmente da quelli di Hegar: qui si sente il corpo dell'utero rammollato nel suo segmento inferiore, con una pastosità caratteristica che io stesso ho potuto constatare. Nei casi da me descritti il punto difficile sta nell'allungamento della porzione sopra-vaginale. Questo può essere un prodotto delle alterazioni di tessuto dovute alla metrite cervicale, e richiede un minuto esame, perchè si riesca a trovare il punto di passaggio al corpo, e non si confonda il prolungamento del collo col corpo stesso. Del resto si dovrà sempre tenere davanti agli occhi la possibilità di una complicazione della metrite cronica colla gravidanza, complicazione che impone speciali riguardi, in vista del pericolo di una interruzione prematura della gravidanza.

Lo sviluppo dei tumori fibrosi è raro che avvenga in modo da imitare un ingrossamento in massa di tutto l'utero, od anche del solo corpo. Lo sviluppo del neoplasma in nodi ci guiderà alla diagnosi, sebbene in alcuni casi isolati sia ancora possibile un errore.

La *prognosi* della metrite cronica non è così cattiva, come la dipingeva Scanzoni ai suoi tempi (3). La forma puerperale è più suscettibile di cura che le altre, ma anche in queste, con un po' di pazienza ed in circostanze esterne favorevoli, si può ottenere una involuzione dell'utero, ed un ristabilimento soddisfacente, se non completo, purchè la diagnosi del male sia fatta in tempo. La prognosi è in rapporto colle complicazioni nell'apparato genitale. L'endometrite, le malattie degli annessi e del peritoneo possono ritardare la guarigione completa, anzi essere causa permanente di dolorose riacutizzazioni. Io non oso giudicare fino

(1) Reinl, Berliner klin. Wochenschrift, 1885, N. 13.
(2) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. VI, 1880.
(3) Die cronische Metritis, 1863.

a qual punto la metrite cronica disponga alle degenerazioni maligne: tuttavia ci invitano a grande prudenza i casi verificatisi di ammalate trattate per anni per metrite cronica, e nelle quali il microscopio finisce poi per rilevare la natura maligna del male.

L'età critica può anche in questi casi portare una guarigione spontanea, ma la donna per lo più è tanto compromessa nella salute e nelle sue attività fisiologiche, che la guarigione spontanea non le permette certo di ritornare alla vita normale.

Terapia. — In vista del modo di insorgere della metrite cronica, si dovrà in via profilattica dar gran peso all'adozione di una razionale igiene del puerperio. Esiste sempre una certa prevenzione contro una nutrizione copiosa delle puerpere: appoggiati su un esempio poco conveniente, il vitto che si dà nelle maternità, non è raro vedere medici e levatrici applicarlo senz'altro nella pratica privata. Purchè sia opportunamente curata la digestione, si può dal momento del parto dare un vitto sostanzioso ed abbondante.

L'involuzione dell'utero si favorisce con lavature vaginali coll'aggiunta di acido pirolegnoso o di tannino, o con acqua calda a 50°, oppure colla somministrazione di segale, idrastis, ergotina, ecc. La donna si alzerà solo quando non ha più scoli sanguigni, e per dare una forte spinta all'involuzione si ricorrerà ai semicupii, specialmente con aggiunta di una decozione di corteccia di quercia: essi agiscono togliendo quei disturbi, che le puerpere accusano, quel senso di abbassamento, di penetrazione d'aria, di *garrulitas vulvae*, ed altri simili. La profilassi delle altre forme di metrite cronica consiste nell'eccitare lo sviluppo corporeo al tempo della pubertà col moto all'aria libera, coll'esercizio ginnastico, l'equitazione, con norme igieniche nel vestiario, nelle calzature, e con una opportuna prevenzione della tanto frequente paresi dell'intestino, e della ritenzione protratta d'urina, tante volte tollerata per riguardi sociali. Durante le mestruazioni le ragazze e le donne dovranno continuare nel loro abituale regime di vita, evitando però quanto può portare una scossa troppo forte al corpo o dare occasione a raffreddamenti od a disordini mestruali.

Ai giovani sposi si raccomanderà di evitare gli eccessi sessuali e, per la donna, le eccessive occupazioni domestiche, curando una intelligente igiene.

Negli stadî recenti si raccomanda anzitutto il riposo del corpo, e specialmente degli organi genitali. Se si sviluppano infiammazioni intercorrenti, può tornare di immensa efficacia il riposo a letto per più giorni, con impacchi freddi od anche colla vescica di ghiaccio sul ventre. Anzi in date circostanze è solo l'applicazione metodica del ghiaccio, che riesce ad apportare qualche sollievo. Si agirà poi energicamente sul tubo intestinale; e a diminuire i disturbi e a frenare l'abbondante secrezione si useranno irrigazioni vaginali disinfettanti ed astringenti.

Occorre essere molto cauti nella somministrazione di narcotici.

Superati gli stadi subacuti, nelle forme non complicate di metrite cronica si mostrano straordinariamente utili le sottrazioni sanguigne locali. Io mi servo degli scarificatori di Meyer (fig. 32), con cui però io non pungo direttamente l'utero, ma, partendo sempre dal canal cervicale, faccio delle scarificazioni sulla mucosa, e ripeto queste ferite superficiali in un numero più o meno grande a diverse profondità, a seconda dei casi. Le scarificazioni portano un sollievo grandissimo; io le preferisco all'applicazione di sanguisughe sul muso di tinca, perchè colle scarificazioni si è meglio in grado di dosare la sottrazione sanguigna, e perchè non richiedono l'intervento di un personale d'assistenza.

Le scarificazioni si ripetono in principio a brevi intervalli, a seconda delle condizioni generali della paziente, e dello stato di congestione uterina; nei primi tempi si dovrà sempre controllare la quantità del sangue fluente. Se una delle ferite sanguina eccessivamente, vi si può di leggieri rimediare col toccarla con batuffoli imbevuti di acido pirolegnoso od anche di percloruro di ferro, o col tamponamento. Solo nelle emorragie abbondanti e nei casi di estrema necessità si dovrà ricorrere alla sutura.

Un effetto speciale si può conseguire con queste scarificazioni, se vengono praticate alcuni giorni prima della mestruazione su un utero assai vascolarizzato; cioè la quantità del sangue mestruale viene poi a trovarsi di molto scemata. Sempre quando l'emorragia per le scarificazioni è abbondante, si farà bene a tenere in riposo le donne per 1 o 2 ore. Se l'emorragia invece è minima, come avviene nello stadio dell'involuzione cicatriziale, preferisco invitare la donna a camminare subito dopo. È rarissimo che l'emorragia non cessi quasi immediatamente, e, tolto lo speculum, al più escirà ancora qualche goccia di sangue.

Le sofferenze nella metrite cronica vengono spesso alleviate in modo sensibilissimo dai semicupi. Si possono fare di acqua semplice o con aggiunta di sali, di crusca o decotto di corteccia di quercia, cominciando a 32° C. Se la donna non è avvezza ai semicupi, le insegno a tenere la vasca presso il letto, a mettersi nel semicupio per 6-10 minuti mantenendovisi coperta con un drappo di lana; poi si avvolgerà un asciugamano attorno alle coscie e si coricherà nel letto avvolgendosi in un lenzuolo riscaldato per asciugarsi. Alcune donne non possono sopportare semicupi più freddi; altre sentono un vero sollievo abbassando la temperatura, e in queste si può durante il bagno portare l'acqua a 20° e ancor più sotto, e lasciare per alcuni minuti la paziente nell'acqua così fredda.

I dolori della metrite cronica si emendano anche per l'applicazione di rivulsivi cutanei al basso ventre, specialmente vescicanti o senapismi, per l'uso degli impacchi di Priessnitz e per le frizioni con pomate nar-

cotiche o irritanti. Se a questa cura locale si associa un opportuno trattamento generale, e più che tutto si cura di evitare gli eccitamenti sessuali, talvolta si arriva nei casi recenti di origine puerperale ad ottenere l'involuzione dell'utero: risultato che si raggiungerà tanto più presto se poco tempo è decorso dal parto.

Nelle forme non puerperali, oltre a questa cura generale e locale, conviene ogni volta tener conto delle condizioni dell'utero e degli annessi, dei catarri cronici, eventualmente degli ostacoli al circolo per inflessione del corpo sul collo, e di altre simili alterazioni.

Anche qui si può ottenere regressione e guarigione dell'iperplasia connettivale mediante sottrazioni sanguigne, irrigazioni, semicupî, impacchi alla Priessnitz, iniezioni vaginali calde.

Dal 1876 ho cominciato a fare esteso uso dell'iodio (1). Io pennello la portio vaginalis con tintura di iodio assoluta, o attenuata con parti eguali di glicerina. Le medicazioni intrauterine con tintura di iodio le ritengo ottime fra tutti i metodi congeneri di cura. I risultati riferiti da Mackenrodt (l. c.) corrispondono a quelli, che si ottennero anche dopo questa pubblicazione.

Dell'iodoformio in vagina faccio prudente uso, perchè ne ho visto spesso degli avvelenamenti. Dosi anche piccolissime, spolverate sul cotone e applicate contro il collo, danno spesso luogo a malessere, cefalee, inappetenza, esaurimento, xantopsia, ecc.: perciò io consiglio di usare la massima prudenza nell'applicare l'iodoformio sulle mucose. Le cauterizzazioni energiche col nitrato d'argento, col cloruro di zinco (2) o col ferro rovente le evito in causa delle forti retrazioni cicatriziali, che tengono loro dietro.

Il forte rilasciamento del tessuto uterino non di rado scompare coll'uso di tamponi alla glicerina ed all'acido tannico, del cui uso ho già parlato a proposito dell'endometrite. Anche la segale e l'hydrastis canadensis si mostrano in ciò molto utili.

Recentemente si è tentato di usare il massaggio per guarire la metrite cronica. Oltre alle relazioni che ci mandano dalla Svezia i fautori del massaggio profani alla medicina, abbiamo rapporti favorevoli anche da Bunge (3) e Prochownik (4). Da parecchi anni anch'io, nei casi non complicati da irritazione perimetritica o da recenti complicazioni nell'endometrio, ho usato il così detto massaggio per pressione e trazione,

---

(1) Anche Breisky. Centralb. f. Gynäk. 1878. p. 301. Iohannowsky, Prager Vierteljahrschrift. 1879, p. 88.

(2) Le iniezioni di soluzioni concentrate di cloruro di zinco, tanto caldamente raccomandate da Bröse, non mi hanno dato alcun buon risultato. Vedi anche Kochenburger, Società di Ost. e Gin. Berlino. Gennaio 1893.

(3) Berliner klin. Wochenschrift, 1882. N. 25.

(4) Congresso dei naturalisti in Magdeburgo 1884. Centralbl für Gynäk. 1884. 42.

e l'*impastamento* dell'utero fra le dita introdotte in vagina e la mano esterna; ed ho avuto occasione di felicitarmi del risultato finale; occorre però un'applicazione assai paziente e cauta di questi metodi, che stancano malata e medico, tantochè l'esito, sul quale si può contare solo dopo 5-6 settimane, sembra pagato abbastanza caro. Io applico il massaggio solo in donne maritate, e anche in queste me ne astengo, se appena osservo una eccitazione erotica.

La cura della metrite cronica è validamente aiutata da un'opportuna cura di bagni e di acque, ed eventualmente dalla dimora al mare o ai monti.

Se cogli indicati mezzi locali si è avviata una involuzione nel processo morboso, credo opportuno di sospendere la cura locale quando la malata va ad una stazione di bagni. In genere la cura dura circa 6-8 settimane. Fra le fonti scelgo quelle che hanno un'azione eccitante dell'attività intestinale. Se la donna è molto debole, consiglio anche i bagni di mare o le fonti ferruginose, mandando al mare le donne mancanti di appetito e con scarso scolo mestruale, e alla cura ferruginosa quelle che soffrono di abbondanti menorragie, purchè il loro stomaco tolleri queste acque.

Se la donna è assai indebolita per le sofferenze, preferisco mandarla per qualche tempo all'aria sana dei boschi e dei monti, dove solo in casi di indicazioni individuali precise farà uso di acque minerali o di bagni. Nei casi in cui la metrite cronica si sviluppa assieme colla pubertà, ho visto dei buonissimi effetti coll'uso dei bagni clorurati. Una cura locale negli stabilimenti di bagni non mi pare opportuna, e la vieto.

Ad onta delle più attente cure e della rigorosa attuazione degli or descritti metodi, non è raro che manchi l'arresto o l'involuzione del processo morboso, e specialmente si vede fallire la terapia là dove per circostanze esterne non si possono attuare i riguardi imposti, dove persiste l'azione degli agenti irritanti, e dove la cura è iniziata solo dopo anni ed anni dall'origine del male. In questi casi io considero l'amputazione del collo, cioè l'escisione di una data porzione della cervice, come il più acconcio metodo di cura.

Sappiamo dalle ricerche di Rokitansky e C. Braun (1) e da innumerevoli altre osservazioni cliniche, che una tale operazione sul collo può essere, ed è infatti spesso seguita da un processo involutivo di tutto l'utero, analogo a quello che si verifica in puerperio. Siccome d'altra parte tale operazione, fatta da mano esperta, non ha come atto operativo quell'alta importanza che ancora molti le attribuiscono, non manco dal raccomandare caldamente l'amputazione del collo nella cura dei casi ribelli di metrite cronica.

(1) Zeitschrift d. Ges. d. Wiener Aerzte, 1864. p. 4[illegible]. C. Fürst, Wiener med Presse 1864.

Questa raccomandazione è tanto più pressante, in quanto che con questo atto operativo noi veniamo in pari tempo ad agire energicamente sulla mucosa; ed è per mio conto confortata con una serie magnifica di molte centinaia di queste osservazioni (1).

La memoria di Braun, che trovò poca eco, si poggiava su casi di ipertrofia del collo e su operazioni coll'ansa galvanica o collo schiacciatore. Io credo che si andrà sempre più lasciando in disparte questi mezzi, perchè l'operazione col bistorì seguita da sutura, prescindendo da tutti gli altri vantaggi, ha quello di poter esser meglio foggiata sul caso speciale. Il consiglio, dato da me, di applicare l'amputazione alla cura della metrite cronica, sebbene giudicato dapprima poco favorevolmente, al giorno d'oggi sembra essersi guadagnato pieno diritto di cittadinanza (2).

Nel maggior numero dei casi si può ottenere una configurazione del muso di tinca quasi perfettamente analoga alla normale; l'utero si riduce, la metrite cronica guarisce, e assai di frequente si raggiunge non solo un sollievo alle sofferenze locali, ma si esercita anche una favorevolissima influenza sulle condizioni generali. La donna riacquista il vigore, e riguadagna la coscienza della salute e di una normale attività. Anche sulla sterilità questa cura esercita una influenza assai benefica, come posso arguirlo con sicurezza dal gran numero di gravidanze che ebbero decorso normale dopo l'amputazione in donne state sterili per anni ed anni.

D. — Neoplasmi della vulva e della vagina.

1. — Neoplasmi della vulva.

Alle nostre latitudini sono relativamente rari i casi di iperplasia da elefantiasi, che nei paesi tropicali, specialmente in Oriente, si presentano con maggior frequenza (3).

Possono aver per substrato tutta la vulva, oppure una parte di essa, e specialmente il clitoride; crescendo formano grossi tumori, che occludono l'introito e si fanno pendenti fra le coscie. Per lo più queste masse sono in rapporto d'origine con qualche affezione delle vie linfatiche (4); in altri casi crescono su terreno sifilitico: non raramente si potrebbe trovare la causa dello sviluppo, specialmente dell'ipertrofia delle

---

(1) Congresso di Cassel 1878, vedi Arch. f. Gyn. e Centralbl. f. Gyn. 1878. Per le opinioni contrarie di Veit e Flaischlen vedi la Zeitsch. f. Geb. und Gyn. XXV, p. 382.

(2) Schröder, l. c. p. 105. — Hofmeier, Grundgriss d. Gyn. Op. 1892, p. 291.

(3) Aubenas, Des tumeurs de la vulve. Thèse. Strasburg 1860. L. Mayer, Berlin. Beitr. z. Geb. u. Gyn. 1872 I, p. 363. Winckel. Trattato 1890, p. 26.

(4) Virchow, Patologia dei tumori, I.

piccole labbra (il così detto grembiale delle Ottentotte), in manovre onanistiche.

Fra i tumori della vulva sono frequenti i papillomi, di cui già ho parlato a proposito delle infiammazioni della vulva. Klob (1) ne ha visti senza rapporti colle ghiandole sebacee, Winckel (2) ne ha trovati spesso, sul monte di Venere, di piatti con peduncolo corto, a forma di fungo, ma anche sulle grandi e piccole labbra. Si distinguono dai condilomi solo perchè questi possono presentarsi ovunque, mentre i papillomi hanno origine solo da papille preesistenti.

Quanto agli ingrossamenti, non rari a trovarsi, delle glandole del Bartolini, rimando al già detto.

I carcinomi della ghiandola del Bartolini sono rarissimi; uno ne ho visto in una signora di 70 anni, e l'ho esportato assieme alle ghiandole inguinali infiltrate. La paziente morì per recidiva dopo 4 anni. Mackenrodt ha un preparato analogo ottenute da una operazione.

Più volte ho trovato dei lipomi, grossi anche più di un pugno, alle grandi labbra; in altri casi delle forti infiltrazioni ghiandolari. Si hanno già molteplici descrizioni di fibromi della vulva, che, sorti dalle grandi labbra, raggiunsero considerevole volume. Per lo più erano facilmente enucleabili; in alcuni casi, però, il loro isolamento presentò qualche difficoltà. Sinora sono affatto isolate le descrizioni di *lupus* alla vulva; più frequente il carcinoma primario.

Rarissimo è un tumore, che ebbi occasione di escidere 10 anni fa del grande labbro sinistro in una zitella di una certa età, tumore della grossezza di una ciliegia, e che fu riconosciuto per un melanoma. Per quanto io ne ho udito, la paziente otto anni dopo era ancor sana.

Siccome queste masse talvolta si fanno assai tumefatte ad ogni periodo mestruo, e sono causa di gravi incomodi nei movimenti e nel lavoro, dànno una molestissima secrezione e non di rado ostacolano i rapporti sessuali, è talvolta necessario procedere presto alla loro ablazione: sempre poi quando ne venga constatata la natura maligna. L'operazione è complicata dal grosso calibro dei vasi che affluiscono a queste masse ipertrofiche.

Si potrà, o isolare gradatamente il tumore procedendo mano mano a suturare la soluzione di continuo, oppure con punti passati profondamente si fa una emostasi provvisoria prima di isolare il tumore. Quando il volume è considerevole, preferisco quest'ultimo procedimento, perchè in tal modo posso meglio dare la voluta conformazione alla linea di sutura. Si spolvera con iodoformio la superficie cruenta, per chiuderla poi diligentemente con alcuni punti profondi ed altri superficiali. Con-

(1) Pathologische Anatomie d. weibl. Sexualorgane. p. 401.
(2) l. c. p. 27.

verrà tenere la linea di sutura possibilmente lontana dalla vagina, e non serrare troppo i tessuti delicati della cute contigua all'introito.

La ferita lineare così ottenuta si può proteggere con una medicazione, perchè non venga imbrattata, tanto più se nei primi sei giorni si procede al cateterismo e si ritardano le defecazioni.

In un caso di genere analogo in donna molto attempata, insieme al carcinoma della vulva ho esportato anche una ghiandola inguinale infiltrata del volume di un uovo di gallina.

Cinque anni dopo la paziente, stando a quanto riferì la famiglia, era ancora libera da recidive. In un'altra si dovette escidere tutta la vulva e più del terzo inferiore della vagina col tubercolo uretrale, perché il neoplasma in un periodo di osservazione di cinque settimane si era propagato a tutte queste parti. L'esportazione riuscì completamente, la guarigione avvenne per prima intenzione. Due anni dopo la paziente rimase gravida, e partorì spontaneamente. Da allora non ebbi altre notizie. In due altri casi le pazienti si assoggettarono all'operazione solo quando era interessata tutta la vulva ed il bulbo dell'uretra. Anche qui si fece l'operazione radicale; ma l'esito fu durevole solo in un caso. L'altra donna morì l'anno dopo per diffusione del cancro. In quella guarita si dovette ricorrere ripetutamente ad operazioni plastiche per correggere l'effetto della retrazione cicatriziale sulla continenza della vescica.

Altri casi osservai, con infiltrazione assai estesa. Due volte ho fatto delle plastiche estese dopo l'escisione senza ottenere una guarigione durevole. Negli altri casi ho dovuto rinunciare a qualsiasi operazione.

II. Tumori della vagina.

I. Tumori benigni.

La mucosa della vagina, probabilmente per lo scarso sviluppo in essa dell'elemento ghiandolare, è relativamente poco disposta alle neoformazioni (1).

I *fibromi* vi si possono trovare, o in forma di nodi duri, come quelli che io ho estirpato dal fornice posteriore in una zitella attempata, od in forma di polipi. Uno di tali polipi fibrosi l'ho visto io pendere nel lume dell'introito in una bambina neonata, e mi fu facile legare il peduncolo e togliere il polipo. Questi fibromi possono arrivare a considerevole grossezza, dar sintomi di compressione sugli organi vicini, perforare la parete vaginale; crescono per lo più lentamente, e possono rimuoversi per enucleazione o per allacciatura del peduncolo (2).

Con frequenza relativamente maggiore si incontrano le *cisti della vagina* (3).

Cisti della vagina. — I tumori cistici possono originare: *a*) da ritenzione di secreto nelle ghiandole delle pareti vaginali, che Preusschen

(1) Per la frequenza, vedi il trattato di Winckel, pag. 151.
(2) Stumpf. Münch. med. Wochensch. 1890. pag. 694.
(3) Hofmokl, Wiener med. Presse 1891, N. 32.

(Virchow's Archiv 70) descrisse quali ampie cripte, o quali infossamenti tubulari. — *b*) da stravasi sanguigni traumatici. Kaltenbach (Arch. für Gynaek. V.), Gotthardt (Wiener med. Wochensch. 1869) ed altri hanno descritto degli spazî cistici di tale natura. Thorn (Centr. f. Gyn. 1889, p. 657) ritiene causa occasionale lo scollamento delle pareti vaginali durante il passaggio del feto — *c*) da dilatazione degli spazî linfatici con rivestimento endoteliare, come le cisti descritte pel primo da Winckel (Arch. für Gynaek. II. p. 383) — *d*) da residui dei dutti di Gartner (canali di Wollf) o dei corpi di Wollf, come dimostrò G. Veit (Malattie delle donne 2.ª Ed. 1877 p. 544). Quanta parte vi possono avere le lacune, che si riscontrano presso il tubercolo uretrale, delle quali parlano Skene (Amer. Journ. of Obstetrics 1880 p. 165), Kleinwächter (Prager med. Wochensch. 1886 N. 9), Kocks (Arch. für Gynaek. XX p. 487) e Dohrn (ibid. p. 328), non è ancora ben stabilito.

Anatomia patologica. — Più volte gli spazî cistici hanno un epitelio cilindrico basso, una membrana connettivale assai sviluppata, ed un contenuto limpido vischioso: talvolta sono tappezzati da epitelio a ciglia vibratili. Altre volte le cisti, per mancanza di un rivestimento epiteliare, figurano come semplici vacui, in cui siasi raccolto un liquido limpido e sieroso. Si trovano in tutti i segmenti della vagina, o isolate, o riunite a gruppi, e sviluppandosi possono dar luogo a disturbi simili a quelli determinati dal descensus o prolasso della vagina.

Nell'ulteriore decorso delle cisti della vagina è rarissimo osservare la decomposizione e suppurazione del contenuto: di altri esiti io non ne ho veduto.

L'operazione delle cisti vaginali non può restringersi ad una semplice incisione del tessuto, per lo più resistente, che separa la cisti dalla superficie, perchè questi spazî cistici non scompaiono tanto facilmente; la ferita si rinchiude e la cisti ritorna a distendersi.

Per questo riguardo, e pei sintomi di procidenza determinati dalle cisti, se ne consigliò l'estirpazione. Nella narcosi, e nella posizione sacro-dorsale, sotto l'irrigazione continua, io incido la parete vaginale al di-sopra della cisti, e cerco poi di snucleare questa senza intaccarla. Se la cisti è voluminosa, si giunge facilmente nel tessuto perivaginale, anzi talvolta in grande vicinanza al retto ed alla vescica. Snucleata completamente la cisti, si riunisce la ferita con punti profondi, che passano sotto tutta la superficie, o meglio ancora colla sutura continua al catgut.

Un'altra proposta per l'operazione di queste cisti è partita da Schröder (1), che consiglia di resecare un lembo della parete cistica rivolta verso il lume della vagina e di suturare il fondo della cisti così messo allo scoperto colla parete vaginale, in modo da impedire in ogni caso che la cisti si rinchiuda, e che torni ad atteggiarsi a cavità.

---

(1) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. III. p. 424.

Io ho operato 27 volte delle cisti di diverse dimensioni: la maggior parte aveva dato luogo ad una vera procidenza. Queste rilevatezze trasparenti delle pareti vaginali sotto l'azione degli sforzi scendono all'ostio vaginale, o fuori di esso. La molestia, che ne risulta, per lo più è l'unico inconveniente lamentato: in alcuni casi fu indicato come più saliente disturbo l'ostacolo ai rapporti sessuali. Un effetto speciale l'ho visto prodotto in due giovani donne sterili da una cisti della grossezza di una noce situata nel fornice, che, facendo forte sporgenza nel lume della vagina, si sovrapponeva all'orificio uterino, ricoprendolo tanto nell'esplorazione digitale, che nell'esame collo speculum tubulare. Nei 27 casi si trattava o di cisti isolate, o disposte a gruppi. Una delle più voluminose si trovava nella parete vaginale anteriore prolassata, e fu rimossa con questa in una colporrafia anteriore. In tutte la guarigione procedette regolare.

Una complicazione abbastanza grave è fornita da quelle cisti, che, senza essere originate in tutta vicinanza alla vagina, pure nel loro sviluppo si spingono sotto la parete vaginale al pari delle cisti della vagina. Tali cisti, da molti considerate come tumori da ritenzione svolti da rudimenti di organi embrionali, possono raggiungere notevole volume, e, poggiando sul fondo della pelvi, sollevano in alto il peritoneo, e vengono a presentarsi come tumori di ragguardevole grossezza a sviluppo extraperitoneale (1).

L'apertura di queste cisti dalla vagina non raggiunge sempre lo scopo. Se un tale piano operativo urtasse in qualche ostacolo, io non avrei alcuna difficoltà a fare anche per una di queste cisti la laparotomia. Si dovrà in tal caso incidere il rivestimento peritoneale, snucleare il tumore e chiudere la ferita così prodotta. Se il tumore non si può rimuovere in toto, dopo esportatone il segmento superiore, si potrà drenare in basso la parte non asportabile e chiudere colla sutura l'apertura fatta in alto, in modo da escludere la comunicazione colla cavità peritoneale.

In seguito a simili operazioni in vagina, come pure in seguito ad ulcerazioni di origine difterica, puerperale o sifilitica, si possono produrre *stenosi della vagina*, che vengono in scena anche per effetto di neoformazioni maligne, o come conseguenza della colpite senile. Non parlo qui dell'incompleto sviluppo congenito del lume vaginale.

Le aderenze delle pareti vaginali (2), in qualunque punto abbiano sede, pongono poi ostacolo al deflusso dei secreti uterini e all'evacuazione del retto e della vescica, e disturbano certamente la vita sessuale. I disturbi di quest'ultimo genere del resto non si manifestano nella misura che si potrebbe aspettare in riguardo al grado della stenosi, perchè le pareti vaginali sono tanto distensibili, che anche persistendo la stenosi, e perfino in casi di atresia, possono adattarsi a formare un ricettacolo, cosicchè l'angustia del lume vaginale non viene neppure av-

---

(1) J. Veit., Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1882, VIII, p. 471.

(2) Vedi Breisky, Krankheiten der Vagina, 1886, p. 58.

vertita, e non occorrerà intervenire fin quando la donna non lamenti disturbi di ritenzione e gravi molestie da parte della vescica e del retto

In tutti i casi da me finora visti il lume della vagina si poteva riconoscere ridotto ad un'apertura talvolta minima. Di lì si poteva incominciare l'operazione per forzare la stenosi. Sempre si avranno tutte le precauzioni per non ferire retto o vescica: perciò comunemente l'incisione sarà bilaterale, verso il lasso connettivo che costeggia la vagina L'emorragia può essere considerevole; per arrestarla ricorreremo anche qui alla sutura. La sutura dovrà poi estendersi a tutte le parti cruentate, perchè queste ferite della vagina hanno una grandissima tendenza a contrarre dei coaliti e a dar luogo a forti retrazioni cicatriziali. Per opporsi a queste non v'è altro mezzo sicuro che di chiudere le ferite in modo che la retrazione cicatriziale non possa condurre alla riproduzione della stenosi. Ancor più consigliabile è l'escisione di tutta la zona stenosata, del cercine rigido cicatriziale con tutti i tessuti circostanti, per poi opportunamente affrontare i margini sani del difetto di sostanza così prodotto. Nella occlusione quasi completa, che io vidi imitare l'atresia congenita, le difficoltà di una discissione sono enormi. La vicinanza della vescica e dell'intestino obbliga ai maggiori riguardi; si procede con difficoltà in causa della sede profonda dell'atresia in una vagina poco ampia, e della emorragia che facilmente viene in scena. In questi casi si comincia con una incisione trasversale nella parete occludente, incisione che sarà addirittura possibilmente estesa: si potrà poi con punti profondi impedire sia l'emorragia successiva, sia la retrazione dei margini durante l'operazione; e attraverso alla breccia, mantenuta beante da queste suture, scavarsi una via negli strati profondi.

Il consiglio di continuare l'operazione con istrumenti ottusi, ad es. il manico dello scalpello, non mi sembra molto felice, perchè a questa profondità difficilmente si maneggia lo scalpello: è meglio tener sempre distese le superfici cruente con pinze uncinate, ed incidere fra di esse. In casi estremi, se dietro l'atresia esiste manifesta raccolta di sangue, io apro la cavità da ritenzione, dopo incisa ampiamente la cicatrice, sia con un trequarti, sia con uno strumento smusso, ad esempio una sonda, perforando così quel resto di sepimento che non era suscettibile di una discissione diretta; di lì poi estendo d'ambo i lati l'apertura con un bistorì bottonuto. Anche in questi casi è molto a temersi la retrazione cicatriziale, e per evitarla sarà bene escidere quanto più si può di tessuto cicatriziale, e riunire dal basso all'alto i margini della ferita fra di loro.

Seguendo il consiglio di Heppner (St. Petersb. med. Wochenschr. 1872 N. 6 p. 552), si può anche servirsi di un lembo cutaneo per inserirlo nella ferita, come fece anche Credè (Archiv f. Gyn. 1884, XXII p. 229).

La cura consecutiva in tutte queste operazioni sulla vagina sarà

fatta press'a poco come si procede in lesioni analoghe del retto intestino, cioè usando di mezzi dilatanti. Si hanno tubetti di tutti i materiali possibili e di svariato calibro, che vengono introdotti dalle pazienti stesse, eventualmente nel semicupio, e si lasciano in posto un po' di tempo per combattere la tendenza alla stenosi. È evidente che sotto questo rapporto può esercitare una certa influenza la vita coniugale.

2.° Neoplasmi maligni della vagina. Se un tempo si reputava che i neoplasmi maligni della vagina fossero assai rari, oggidì, in seguito a numerose e concordi osservazioni, tale opinione si è modificata; sempre però si ammette che sieno piuttosto rari i carcinomi primitivi della vagina. Possono avverarsi in diverse forme, o di nodi piccoli e disseminati nella vagina, o di ulcerazioni più o meno estese con base assai dura, o infine di tumori che sviluppandosi nella parete stessa della vagina, ne occludono il lume. Nell'ulteriore sviluppo tutto un segmento anulare del tubo vaginale può venir colpito dalla degenerazione, cosicchè la vagina viene, per un tratto più o meno lungo, occupata completamente dal tumore: oppure lo sviluppo si localizza all'una od all'altra parete, per estendersi di preferenza agli strati profondi, anzichè a tutta la vagina.

È solo di questi cancri primarî (1) che io intendo qui occuparmi e della loro cura, lasciando da parte quei casi, in cui sono colpiti i fornici e per lo più anche l'utero presenta traccie del male. Questi ultimi casi appartengono al capitolo dei tumori maligni dell'utero.

L'eziologia del cancro della vagina è ancora oscura: la rarità trova una spiegazione nella scarsezza di elemento ghiandolare in vagina. Il cancro primitivo della vagina è relativamente frequente in donne giovani (un dodicesimo dei casi conosciuti concerne ragazze sotto i 20 anni). In base ad osservazioni da me fatte (2) e continuate di poi, il cancro della vagina si incontra una volta su duemila casi di ginecologia.

I sintomi del cancro possono essere tanto lievi, che l'infelice paziente viene solo casualmente alla scoperta del male che l'affligge: spesso il primo sintomo è dato da emorragie dopo le coabitazioni: in altri casi si hanno vivi dolori lancinanti, che si diffondono in distanza, o secrezione profusa di cattivo odore commista a sangue, od anche perdita di sangue puro. Se il male si estende, viene in scena relativamente presto compartecipazione del retto e della vescica. In alcuni casi assai caratteristici ho visto l'infiltrazione maligna diffondersi esclusivamente in alto verso i fornici, presso all'utero.

In due casi, dopo l'estirpazione del carcinoma vaginale ho dovuto svuotare una grossa cavità nel legamento largo destro; in un caso l'utero era intatto, nell'altro la portio era invasa dal carcinoma; il nodo canceroso aveva una superficie intatta e macroscopicamente non aveva rapporti col collo dell'utero.

---

(1) Küstner, Archiv f. Gyn. IX, p. 279. — Strassmann, Centr. f. Gyn. 1891, p. 825.
(2) Bruckner, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 1881, VI.

La diagnosi deve essere controllata dall'esame microscopico, se i dubbii non sono tolti dalla decomposizione dei tessuti, dalla infiltrazione e dalla secrezione.

La cura del cancro vaginale avrà speranze di successo solo quando l'operazione venga eseguita in un periodo poco avanzato del male (1).

In simili casi io limito con un'incisione tutto all'intorno il tessuto da escidersi, poi disseco la parete vaginale, e col bistorì, colle forbici, colla punta delle dita cerco di sradicare il neoplasma, finchè l'abbia tutto isolato ed esportato. Nel rimediare al difetto di sostanza si possono incontrare delle grandi difficoltà in riguardo agli organi vicini: ancor più ardua riesce la riunione dei margini, se il tumore aveva sede in alto nei fornici.

In tutti questi casi, per quanto ciò tornasse difficile, ho sempre fatto passare l'ago sotto tutta la superficie della ferita per procurare un'intima riunione delle parti addossate. Quasi sempre uso di mettere prima di tutto in posto questi punti profondi, e di spolverare di iodoformio la ferita prima di chiuderla. Il risultato fu sempre estremamente favorevole quanto alla prima intenzione: riunione completa, e cicatrice tanto salda che, tolti i punti dopo 8 o 10 giorni, la profonda escavazione fatta poteva ritenersi del tutto chiusa.

La prognosi del carcinoma vaginale, per quanto favorevole in riguardo alla prima intenzione, è molto riservata, almeno stando alle mie osservazioni. Tutte le mie malate andarono incontro a recidiva, sebbene io sia convinto di avere, almeno nel maggior numero, operato completamente sul sano.

La tubercolosi della vagina si può ritenere sempre come una manifestazione di una tubercolosi generale (2).

Sarcomi primitivi furono descritti in ragazze ed in vecchie (3). Io ho visto un sarcoma a cellule rotonde, che aveva prodotto guasti così estesi da rendere impossibile ogni intervento. L'aspetto esterno e il decorso clinico non dànno appoggio sufficiente alla diagnosi. Questa si può stabilire solo col microscopio.

---

(1) Il consiglio di Kaltenbach (Oper. Gynäkologie di Hegar e Kaltenbach. 3.ª Ed. p. 782) di operare anche senza riguardo alla vescica e al retto, purchè le vie linfatiche siano ancora immuni, non mi pare accettabile, vista la difficoltà di una simile constatazione. Io arrischierei l'operazione anche a costo di ferire gli organi vicini, solo se l'operazione giovasse a dar coraggio alla paziente. Del resto più d'una volta vidi delle ferite della vescica chiudersi spontaneamente per granulazione.

(2) Frick, Virchow's Archiv. 1889, CXVII.

(3) Fritsch, Die Krankheiten d. Frauen V. p. 67.

E. — Neoplasmi dell'utero.

I. Miomi, Fibromi.

I miomi puri, leiomiomi, sono altrettanto rari quanto i fibromi puri. Lo sviluppo delle due sorta di tumori procede nello stesso modo: i sintomi da essi determinati si rassomigliano, e quando abbiano raggiunto un certo grado di sviluppo rendono necessaria press'a poco la stessa terapia.

In base ad un materiale relativamente ricco (1), si è cercato in questi ultimi tempi di porre in chiaro l'eziologia di questi neoplasmi, senza riuscire però a conclusioni realmente apprezzabili nella pratica. Pare che i miomi possano svilupparsi di buonissima ora nell'utero, anzi vogliono alcuni ritenerne congeniti i germi: però nel maggior numero dei casi danno sintomi serii solo nell'età matura, cioè dopo i 30 anni.

I miomi si dice si sviluppino con speciale frequenza in alcune razze, ad es. nelle negre: in Germania pare che colpiscano di preferenza le donne delle migliori classi sociali, anzichè quelle delle classi così dette intime in continua lotta colle difficoltà della vita, nelle quali è invece più frequente il carcinoma (2).

Il matrimonio non ha alcuna evidente influenza sullo sviluppo dei miomi. Anche io nel mio materiale ho trovato con una certa frequenza dei miomi in ragazze, o in donne, che avevano contratto matrimonio solo più tardi, dopo che il tumore era già assai sviluppato. La gravidanza non viene esclusa da questa sorta di tumori, ma non ne è certo favorita l'insorgenza. Se gravidanza si avvera, l'involuzione puerperale può esercitarsi palesemente anche sul tumore, se questo non è sottratto per la sua sede sottosierosa all'azione dell'involuzione, o se per il suo accrescimento non oppone ostacolo agli stessi processi involutivi.

I rapporti dell'ovaio collo sviluppo dei miomi sembrano molto intimi. Nel maggior numero delle miomotomie da me praticate ho trovato ovaie alterate, ingrossate, in stato di ovarite cronica, con cisti ed idropi del follicolo, ed anche con ematomi. D'altra parte l'esperienza di Hegar e di molti altri operatori sugli effetti della castrazione sembra dimostrare che l'accrescimento dei miomi sia in nesso col processo di ovulazione. Però questa interpretazione io non posso accettarla che in un senso limitato. Troppo spesso vidi dei miomi, che cominciarono a crescere solo dopo la menopausa. Ancora più importanti mi sembrano quei casi, nei quali i miomi si svilupparono e crebbero solo qualche anno dopo

---

(1) Winckel, Sammlung klin. Vorträge, 98. — Fehling, Centr. f. Gyn. 1890, N. 29.
(2) Schröder, Trattato, p. 218.

la rimozione operativa delle ovaie e delle tube, sebbene nella operazione si avesse avuto occasione di constatare che l'utero era privo di nodi miomatosi.

Anatomia. — Questi tumori presentano delle fibre muscolari lisce frammiste a fasci connettivali con speciale disposizione ondulata: tali elementi trovansi in proporzione variabile, tanto che prevale ora il carattere miomatoso, ora il fibroso. Fra questi elementi incontransi abbondanti vasi sanguigni di dimensioni varie, e vasi linfatici più o meno sviluppati.

I rapporti anatomici dei miomi cogli organi vicini possono variare assai. È raro che i miomi, anzichè isolati, si trovino diffusi, quasi confusi nel tessuto ambiente. Molto più spesso vediamo nelle pareti dell'utero disseminati innumerevoli piccoli nodi, che possono ritenersi come stadî iniziali dei miomi. Nell'ulteriore loro sviluppo questi tumori possono mantenere tale carattere di isolamento, e la loro nutrizione si verifica per ricco numero di vasi attraverso ad una zona di connessione, spesso marcatissima, che sta fra il tumore ed il tessuto contiguo, e che costituisce la così detta capsula o mantello del tumore. Crescendo poi notevolmente, si mantengono perfettamente differenziati nella loro capsula, congiunti solo per una lassa connessione ai tessuti vicini, che ne vengono alterati e deformati nel modo più irregolare.

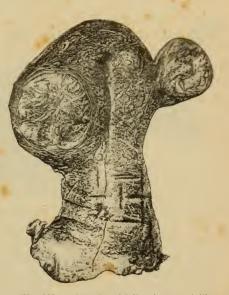



Fig. 119. — Miomi multipli nel corpo dell'utero (da Winckel).

Se già per questo si ha una notabile differenza nella forma e sviluppo di questi tumori, d'altra parte l'utero subisce le più irregolari alterazioni nella sua forma, pel fatto che questi tumori ben raramente sono isolati, ma si tratta per lo più di nodi multipli, e più d'una volta accade, specialmente in donne vecchie, di trovare l'utero disseminato da una quantità innumerevole di tali nodi (fig. 119 e 120).

Un'ulteriore differenza nello sviluppo è in relazione colla sede del tumore: la sua sede nel corpo o nel collo fa naturalmente cangiare i rapporti, che esso contrae specialmente col peritoneo.

Da ciò emerge una precisa e pratica classificazione di questi tumori.

Che il tumore sia differenziato nella sua capsula, lo possiamo in vita constatare solo durante l'operazione; ma la sede del tumore abbiamo frequente occasione di diagnosticarla anche prima, tanto più se si tratta di tumori ancora poco sviluppati.

Probabilmente il maggior numero dei miomi si svolge nello spessore della parete uterina con sede *interstiziale*, *intraparietale*, a distanza press'a poco eguale dalla sierosa e dalla mucosa, e qui passa i primi stadî dello sviluppo. Ma, crescendo il volume, è raro che questi tumori restino intraparietali, sebbene anche qui si possano osservare gradi considerevoli di sviluppo; si sono perfino trovati dei tumori intramurali di

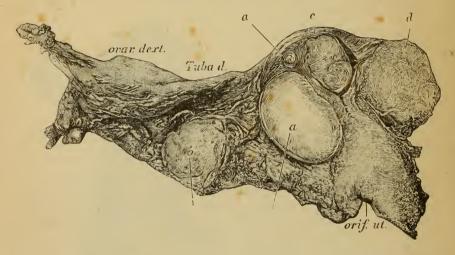



Fig. 120. — Miomi multipli nell'utero e presso l'utero. *a*, interstiziale. *b*, intralegamentoso. *c*, sottomucoso. *d*, sottosieroso.

120 libbre americane di peso. Per lo più, continuando a crescere, essi si trasportano verso la superficie esterna od interna dell'utero. Se si spingono sotto il peritoneo, togliendosi dal loro letto originario, vengono a sporgere, ricoperti solo dalla sierosa, nella cavità addominale, e spesso solo un peduncolo più o meno sottile mantiene la connessione col primitivo punto di origine nella parete uterina. Questi tumori *sottosierosi* diventano più grossi dell'utero stesso, riempiono tutto la cavità addominale, ricacciano in basso l'utero, lo spostano lateralmente, e per compressione lo portano talvolta ad una completa atrofia. Tali voluminosi tumori sottosierosi possono percorrere tutte le varie fasi, che descriveremo: anzi sono essi che per insufficiente nutrizione, o per torsione del peduncolo, cadono in gangrena, o si infiammano, ed aderiscono poi con tutti gli organi, coi quali vengono in contatto.

In modo analogo il tumore può spingersi anche sotto la mucosa,

ed occupare completamente la cavità uterina: se si sviluppa molto, può giungere fino all'orificio uterino interno, interessando tutta la parete o tutto l'utero in massa. Accade con una certa frequenza che per questi tumori sottomucosi la mucosa viene eccessivamente distesa, e può andare fino alla gangrena. Può darsi allora che il tumore, snucleandosi dal suo letto primitivo, passi attraverso al punto gangrenato nella cavità uterina o nel canal cervicale, e infine in questo modo cresciuto e sempre più differenziato venga alla fine espulso, quasi partorito, perchè questi tumori agiscono come corpi stranieri, eccitando le contrazioni uterine.

In questo stadio dunque può aversi una specie di guarigione spontanea per enucleazione spontanea. Prima però di giungere a questo punto estremo, e, si può dire, a volte assai favorevole, il tumore restando rivestito dalla mucosa uterina può fare sporgenza nel cavo uterino in forma di polipo, e così il mioma o fibroma, in origine intraparietale, poi sotto-mucoso, viene a riempire la cavità uterina come un polipo fibroso o fibro-miomatoso, e qui dà luogo ai disturbi proprî a questa specie di tumori.

La maggior parte dei miomi hanno sede nel corpo.

I miomi del collo sono assai più rari: anch'essi possono avere sviluppo interstiziale od intramurale, e restare in questo stato, o farsi sottosierosi nelle vicinanze del collo, diventando perciò *intralegamentosi*, oppure spingersi tra il collo e la vescica, od infine, atteggiati a polipo, sporgere nel canal cervicale od in vagina. Vanno poi soggetti a tutte le ulteriori fasi di sviluppo come i miomi sottomucosi del corpo.

I miomi del collo come quelli del corpo, non di rado si sviluppano in grembo al legamento largo, ne divaricano i foglietti ed occupano tutto il bacino, uscendo così dai confini proprî del collo. Si spingono anche fra gli strati del pavimento pelvico, e per questa via riescono sotto al rivestimento sieroso del bacino, al di là del legamento largo; anzi possono insinuarsi, come io ho visto più d'una volta, fra i singoli organi del bacino o diffondersi sotto il peritoneo del grande bacino. Allora sollevano tutto il peritoneo pelvico: scompaiono il cavo del Douglas e l'escavazione vescico-uterina, e vagina, uretra e retto ne vengono irregolarmente compressi nel loro decorso fino allo sbocco. Altre forme si hanno quando i miomi si sviluppano nella porzione vaginale del collo. La durezza delle nodosità, il volume, ed anche la mortificazione del rivestimento mucoso eccessivamente disteso, con formazione di profonde ulcere gangrenose, possono esporre molto facilmente ad uno scambio con un cancro del collo.

I miomi per solito partecipano all'involuzione senile della parete uterina: anch'essi possono ridursi nell'età critica, atrofizzarsi, e scomparire quasi totalmente lasciando solo un residuo cicatriziale, press'a

poco come avviene per l'atrofia senile dell'utero. In questi tumori sotto peritoneali ed interstiziali in via di atrofia non di rado si verifica un processo di calcificazione. La deposizione dei sali calcari per lo più si fa a striscie irregolari che, dopo macerazione della parte non calcificata, rappresentano una massa reticolata, oppure viene a costituire un'unica massa solida. Nei miei casi di calcificazione, il deposito di sali calcari era limitato alla capsula del tumore (1).

Una vecchia signora aveva un mioma peduncolato sottosieroso, avvolto in una specie di guscio calcare.

Un altro processo che conduce quasi allo stesso risultato è quello di *degenerazione grassa*. Pare che questa modificazione si avveri di preferenza quando, nonostante il mioma, si verifica una gravidanza e sotto l'influenza del puerperio la massa neoformata subisce la stessa involuzione dell'utero. Non si può mettere in dubbio che anche un mioma voluminoso possa in tal guisa ridursi considerevolmente. Ho visto una puerpera in cui il tumore aveva grossezza quasi due volte un pugno (2): alla sezione sei settimane post partum il suo contenuto si trovò trasformato in una poltiglia grassosa omogenea: questo rammollimento potrebbe indubbiamente portare al riassorbimento ed alla riduzione del tumore (3).

Se la migrazione, il distacco, l'involuzione senile, la calcificazione, la degenerazione grassa sono processi che non hanno in sè nulla di patologico, noi vediamo in circa il 15 % dei casi verificarsi nei miomi delle modificazioni portate sia da disturbi di nutrizione, sia da speciali malattie.

Lo spostamento che il tumore crescendo subisce relativamente al suo letto può dare una spiegazione dell'insorgenza di un edema. Il mioma edematoso presenta notevoli oscillazioni nel volume e nella consistenza, specialmente all'epoca della mestruazione: diminuisce rapidamente dopo una copiosa perdita di sangue, che viene perciò sentita come un sollievo da quei fenomeni di compressione che ad ogni volta raggiungono un grado intollerabile. Il tumore subisce un rammollimento analogo nello edema che accompagna l'infezione purulenta. La mancanza degli altri sintomi di questa assicura la diagnosi differenziale. L'insorgenza di edema nelle mie malate la vidi sempre tener dietro alle anemie rilevanti per perdite sanguigne persistenti. Al taglio era evidentissima l'imbibizione sierosa; pareva quasi che il liquido si trovasse in spazî preformati.

Un'altra modificazione consiste nella *degenerazione mixomatosa*, nella quale si sviluppa abbondante tessuto mucoso fra i fasci muscolari,

---

(1) Vedi A. Martin, Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn. 1888. — Lehnerdt, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. III, p. 859.

(2) Berliner Beiträge z. Geb. u. Gyn. III. p. 33.

(3) Löhlein, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. vol. 1.º.

tessuto, che, decomponendosi, può dar luogo ad estesi focolai di rammollimento.

Questo rammollimento, che non sempre invade in modo uniforme tutto il tumore, dà origine a forme peculiari, designate come *tumori fibrocistici* o *miomi cistici* (1) (fig. 121). Entro a cavità di forma irregolare, e in apparenza senza pareti proprie preformate, si trova un li-

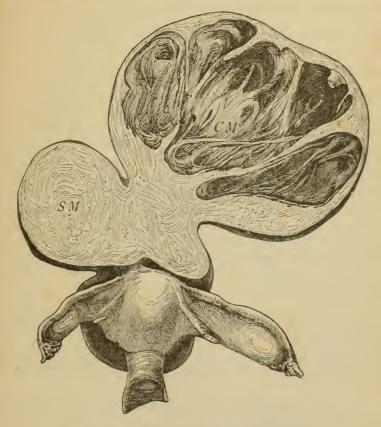



Fig. 121. — *CM*, Mioma cistico. *SM*, Mioma sottosieroso.

quido sieroso, ed una massa poco compatta attraversata dai soliti fasci muscolari e fibrosi. Il tumore fibrocistico per l'estensione ed il numero degli spazî cistici può prendere tutto l'aspetto di un cistoma ovarico multiloculare. Il contenuto talvolta è colorito in sanguigno, ma per lo più è un liquido limpido, sieroso.

(1) Heer, Ueber Fibrocysten, Zürich, 1874. — Grosskopf. Diss. inaug. München, 1884.

Di miomi cistici io ne vidi 13 casi.

In parte le cisti erano nel centro di nodi grossi e duri, per lo più multiple: in parte erano cresciute nel loro guscio fino al volume di una testa d'adulto. Le modificazioni cistiche, o avevano portato alla formazione di ampî spazî, già precisabili dall'esterno fin da prima della operazione, oppure vennero riscontrate solo incidendo il pezzo ad operazione compiuta. In questi spazî trovammo un liquido gialliccio, ricco in albumina, ma non ne potemmo raccogliere per una più minuta analisi. La parete porta in tutti gli spazî un rivestimento stratificato ben distinto. In alcune abbiamo cercato invano un rivestimento epiteliare; in altre, specialmente nelle più piccole, trovammo un epitelio piatto degenerato, o dell'epitelio cilindrico, od anche dell'epitelio a ciglia vibratili.

Con minor frequenza si può incontrare in questi tumori una modificazione dovuta a forte ectasia dei vasi, donde la denominazione di *miomi cavernosi* o *telangectasici* (1). Trovandosi i vasi dilatati in grembo ai fasci muscolari e fibrosi imbevuti di sierosità, il tumore diventa straordinariamente ricco di sangue. Il mioma telangectasico o cavernoso contiene dei capillari dilatati, atteggiati a spazî ripieni di sangue, il cui lume può raggiungere una notevole ampiezza: negli spazî sanguigni il sangue si può trovare in parte coagulato, in parte liquido e di apparenza normale. Fra di essi è conservato solo in scarsa quantità il tessuto muscolare e connettivo. Questa modificazione per lo più si limita a qualche segmento, di rado si estende a tutto il neoplasma, e ne spiega le alternative di tumefazione e di riduzione in corrispondenza dell'epoca mestruale.

Fra i miei casi, ho trovato non meno di 12 di questi miomi telangectasici. Pare che i coaguli non si formino solo negli spazî sanguigni del tumore: appunto nelle portatrici di questa sorta di tumori fu notata con insolita frequenza la formazione di trombi durante la convalescenza. In un caso ad una trombosi passata senza sintomi tenne dietro d'improvviso un'embolismo, quando stavo per dimettere l'ammalata dopo 26 giorni dall'operazione.

Analogamente a questo, si ha il *mioma linfangectasico* per dilatazione degli spazî linfatici (2).

Raramente i miomi suppurano. Per quelli atteggiati a polipo, che sul loro estremo sporgente dal collo vanno soggetti a facile gangrena da compressione, e per quelli sotto-mucosi, che rompono il loro rivestimento mucoso, venendo perciò in contatto coi germi esistenti nella cavità uterina, è facile spiegare l'insorgenza della suppurazione. Ma si vedono suppurare anche dei miomi lontani dalla superficie, a sviluppo sotto-sieroso.

---

(1) Virchow, Patologia dei tumori. Vol. 3.°.
(2) Leopold, Arch. f. Gynäk. VII, p. 531.

Processi suppurativi si osservarono in diversissimi stadii di sviluppo. Erano specialmente casi di suppurazione di miomi intraparietali, con infiltrazione purulenta di tutto il mioma; e alcuni nei quali la decomposizione era iniziata solo all'estremità del mioma. Vi erano però anche dei casi, in cui tutto il mioma, trasformato in una massa di pus, aveva perforato la sierosa, arrivando nella cavità addominale e dandovi luogo ad aderenze col sacro e colle parti vicine dei visceri addominali.

È innegabile che l'elettroterapia fornisce un contingente non piccolo a tali suppurazioni (1).

Finalmente si può avere anche una degenerazione sarcomatosa del mioma.

Io ho visto 9 casi di tale degenerazione.

Si trattava 2 volte di quella forma di sarcoma fibroide descritta da Schröder e Gusserow, in cui non vi ha capsula, vi è una specie di peduncolo, e tutto il tumore risulta da masse sarcomatose. In 4 casi si poteva dimostrare direttamente la trasformazione sarcomatosa del mioma. Si trattava di tumori a capsula ben distinta: si potrebbero riunire a quelli descritti da Gusserow, dei quali l'esemplare più tipico è preso dal Winckel. Per lo più erano sottomucosi, ma, come lo mostrano i miei casi, anche intramurali. Due si distinguevano perciò che le masse avevano oltrepassato la capsula e dato luogo a metastasi. Era anche da notarsi che due di queste pazienti, liberate dal loro tumore, recidivarono per sarcomatosi generale: la morte dell'una si verificò 7 settimane dopo l'operazione, dell'altra 4 mesi dopo. Questa degenerazione sarcomatosa mi pare tanto più degna di nota, perchè si trattava in tutti questi casi di ammalate state già da lungo in cura, e nelle quali era stato fatto largo uso di ergotina. Le emorragie prima gravi si erano frenate, e il tumore aveva mostrato un principio di riduzione, prima di subire la trasformazione maligna.

Fino ad oggi non si conoscono casi indiscutibili di degenerazione carcinomatosa di un mioma. È certo che un cancro dalla superficie della mucosa può approfondarsi in un nodo miomatoso, ma al di fuori di questo rapporto non si è potuta fino ad ora constatare una insorgenza primaria. D'altra parte l'esperienza ha dimostrato insussistente l'immunità un tempo affermata dell'utero miomatoso rispetto al cancro.

Io ho visto 14 volte il cancro in uteri miomatosi: 3 volte il cancro aveva sede al collo, il mioma era interstiziale del corpo: 11 volte il cancro invadeva la mucosa del corpo, e 7 volte aveva anzi coinvolto nell'ulcerazione il mioma (2).

È molto facile trovare nei miomi dei cocchi patogeni nella cavità uterina, come Witte potè dimostrare nei miei preparati. Ciò spiega la relativa frequenza di forme settiche in seguito a miomotomie.

Lo sviluppo dei miomi determina spesso una caratteristica irritazione nella mucosa uterina. Ne deriva una forte iperplasia di tutto l'endome-

---

(1) Vedi A. Martin e Mackenrodt, Deutsche med. Wochenschr. 1892, N. 2.

(2) Larcher, Archiv. gén. de Med. 1867, p. 515 e 697.

trio con intenso sviluppo specialmente dell'apparato ghiandolare (1). Lo spessore della mucosa aumenta di molto, fino a raggiungere i 2 cent. D'altra parte le ghiandole della mucosa circostante subiscono la degenerazione grassa, oppure si sviluppa una iperplasia nel tessuto interghiandolare, che dà luogo a tumori complessi (2).

È degna di nota la fequenza, con cui si incontrano nel cavo uterino dei polipi mucosi più o meno grossi, nei casi di mioma della parete. Se il tumore si sviluppa sotto la mucosa, questa ne viene fortemente distesa ed assottigliata: si spiega così la facilità estrema con cui si lacerano i vasi alla superficie, e la tendenza alle emorragie profuse. Anche le mestruazioni sogliono farsi profuse, prima ancora che il tumore distenda la mucosa, perchè questa, essendo ipertrofica, contiene dei vasi delicatissimi, e perchè il tumore, formando una base rigida, ostacola la retrazione dei vasi e l'occlusione del loro lume.

Ai casi di Schroeder raccolti da Bötticher nella sua dissertazione (Berlino 1884), concernenti la degenerazione maligna della mucosa nei miomi, io posso agginngere quelli da me osservati di cancro della mucosa del corpo in casi di miomi intramurali.

Il decorso del male nei fibromi e miomi è così variabile nei singoli casi, che non è facile darne in poche linee un quadro generale.

Se ad un certo stadio del suo sviluppo il tumore si riduce, tutto il processo morboso può decorrere senza sintomi. Una riduzione si può avere sia per involuzione senile del mioma, come per trasformazione grassosa, ad es. nel puerperio. All'epoca della menopausa può arrestarsi lo sviluppo, e il tumore atrofizzarsi, calcificare, fino a che non ne residua che un nodo di consistenza ossea. Anche questo può sparire del tutto.

In altri casi il modo stesso di svilupparsi del tumore ne avvia l'espulsione dalla parete uterina. Il tumore si spinge sotto il peritoneo, tanto da diventare sotto-sieroso, o sotto la mucosa, per farsi sottomucoso o poliposo. I tumori sottosierosi possono atrofizzarsi per obliterazione dei loro vasi nutritizî, e ridursi a masse quasi innocue. I sotto-mucosi e poliposi possono venire espulsi senza altri inconvenienti dalla vagina. Questi sforzi espulsivi della natura si riterranno benefici, purchè dopo un travaglio più o meno lungo il tumore venga abbassato e cacciato fuori, sia per spontanea atrofia del peduncolo, sia perchè questo, reso facilmente accessibile, possa venir reciso. Nel corso di tale espulsione si possono però ripetere le emorragie, i processi di decomposizione, le lesioni ai genitali esterni, l'inversione della parete uterina, specialmente se il tumore è inserto al fondo. Solo per polipi o molto voluminosi o

---

(1) Wyder, Archiv. f. Gynäk. XIII, p. 35 e v. Campe, Società di Ostetr. e di Ginecologia di Berlino, Gennaio, 1881.

(2) Schröder, Trattato, p. 228.

in preda a decomposizione putrida si ha il pericolo di una infezione generale. I sintomi, che accompagnano l'infiammazione del tumore, sono per solito assai violenti, e le pazienti, già deperite per le forti emorragie e le passate sofferenze, possono soccombere fin dai primi stadî di questa complicazione.

Il più frequente esito dei fibromiomi si può ritenere sia l'arresto nell'accrescimento o l'atrofia. Segue per frequenza lo sviluppo sottomucoso e la formazione di *polipi*, che hanno a loro volta una propria storia. Questi polipi si distinguono dai semplici polipi mucosi o follicolari per la natura fibrosa o fibromiomatosa del contenuto (1). Il loro volume varia straordinariamente, al pari della forma, che viene influenzata dalla forma della cavità uterina o cervicale, ove il polipo può a lungo soffermarsi. I polipi fibrosi per lo più hanno peduncolo sottile, perchè la zona d'attacco col primitivo letto del tumore ha subìto considerevoli stiramenti per lo sviluppo del tumore al di fuori della parete uterina: anzi può darsi che il tumore abbandoni del tutto il suo letto, e allora il punto, che unisce il tumore così isolato alla parete uterina, cioè il peduncolo, risulta esclusivamente o quasi di mucosa uterina. Abbiamo già visto come poi il peduncolo possa rompersi, e prepararsi così una espulsione del tumore con meccanismo analogo a quello del parto. In altri casi il peduncolo resta provvisto di elementi muscolari o fibrosi: esso si espande nella parete uterina, e colle sue estese aderenze può tenere in connessione col polipo una buona parte della parete stessa. Se questi polipi peduncolati vengono espulsi dalle contrazioni uterine, essi traggono con sè ed arrovesciano la corrispondente porzione di parete, e possono alla fine dar luogo ad un rovesciamento completo dell'utero (vedi le fig. 92 e 93).

Al pari della distribuzione degli elementi nei tumori può variare assai anche la loro ricchezza in vasi sanguigni. Di solito se ne trovano di grosso calibro; è raro che la nutrizione del polipo sia fatta da scarsi vasellini. Continuando il tumore a crescere, i vasi possono subire distensioni e stiramenti, che vi interrompono la circolazione, dànno luogo alla produzione di trombi ed intercettano le fonti di nutrizione del tumore, che cade in mortificazione alla superficie o nel proprio spessore, con focolai di rammollimento e decomposizione del polipo. Se questo processo non agisce in modo deleterio sulla salute generale, può portare alla completa distruzione del polipo.

I *sintomi* dei fibromiomi del corpo naturalmente variano assai a seconda della sede e del grado di sviluppo del tumore. Possono esistere a lungo senza dare alcun sintomo. Tale stato di relativa indifferenza dura ancora quando il tumore ha preso sviluppo sottosieroso, purchè la di-

(1) Hildebrandt. Sammlung klin. Vorträge, 47. 2812.

stensione del peritoneo sia tanto lenta da non dare fenomeni di irritazione. A seconda della tonicità dei tessuti uterini varia l'influenza che possono avere sulla posizione dell'utero i tumori, anche se piccoli e sottosierosi.

I tumori più grossi dànno luogo a tutti i sintomi proprii dei tumori addominali: essi comprimono gli organi vicini, disturbano le funzioni digerenti e l'escrezione dell'urina. Se crescono verso la cavità addominale, determinano i soliti fenomeni di stiramento e di compressione: la pressione sui tronchi nervosi può esser causa di dolori con irradiazioni, quella sui vasi può dare edemi alle estremità e ai genitali esterni. La pressione sullo stomaco e sull'intestino influisce sulla nutrizione e compromette la digestione. La raccolta ascitica, che spesso vi si consocia, in parte è frutto di questa pressione, ma è in parte dovuta anche ad irritazione del peritoneo. Naturalmente possono poi prodursi aderenze cogli organi vicini e fenomeni di incarceramento, quali si hanno per lo sviluppo nel piccolo bacino.

I miomi *sottosierosi* si vedono talvolta farsi più tumidi al tempo della mestruazione, per ridursi di poi: specialmente nei tumori fibrocistici si trova questa oscillazione di volume. Varia assieme anche l'intensità dei sintomi da parte degli organi vicini, ad es. della vescica.

I miomi *interstiziali* spiegano una certa influenza sulla posizione dell'utero, quando sono ancora piccoli, sicchè l'utero si trova retroflesso nei miomi interstiziali della parete anteriore, e viceversa. Se aumentano di volume, necessariamente dovranno farsi strada dall'una o dall'altra parte, verso la sierosa o verso la mucosa; e si avranno allora o i sintomi di irritazione peritoneale, specialmente dolori, o un quadro caratteristico dell'interessamento della mucosa, non dissimile dal forte aumento di volume negli inizii della gravidanza.

In prima linea vengono le emorragie e l'abbondante secrezione: molte volte la mucosa non è tanto alterata, è come si potrebbe credere. Le metrorragie anche nei miomi sottomucosi per lo più mantengono a tutta prima il tipo mestruale: possono però fin dal principio essere addirittura atipiche: e portano le donne a gradi estremi di anemia. L'anemia può essere tanto più minacciosa, quanto più lentamente essa ha raggiunto il suo acme. In questi casi il sangue perde il suo colore caratteristico, la massa sanguigna appare tenue, quasi acquosa. Il rapporto fra globuli bianchi e rossi non è essenzialmente alterato. Invece si trova una sorprendente diminuzione nella quantità di emoglobina. Coll'apparecchio di Fleischl mi riuscì talvolta di trovare una diminuzione fino al 16 %: le pazienti si riebbero dopo esportato il tumore. Il decorso della mestruazione è per lo più doloroso nei miomi, perchè la massa dell'utero non può aumentare di pari passo coll'accresciuta congestione mestruale.

Il sangue talora viene espulso in forma di grossi coaguli, eventual-

mente decomposti prima di giungere all'esterno: altre volte è poco alterato. Più tardi le emorragie continuano anche nel periodo intermestruale, e, se non sono persistenti, si rinnovano però ad ogni scossa, ad ogni defecazione difficile, ad ogni coabitazione, ad ogni emozione morale. Non sempre, ma abbastanza spesso, negli intervalli fra le emorragie si verifica una profusa secrezione: col crescere dei tumori sottomucosi le secrezioni si fanno commiste a sangue, e vengono infine a risultare quasi solo di sangue schietto.

Appena i miomi sottomucosi hanno raggiunto un certo volume e si atteggiano a polipo, incominciano a stimolare l'opposta parete dell'utero e ad eccitarne le contrazioni. In qualche caso le contrazioni mancano, o sono tanto deboli da passare per semplici dolori sacrali.

Ma quando i polipi pel loro volume eccitano le contrazioni, i dolori, che le accompagnano, si fanno assai intensi: il canal cervicale può venir dilatato rapidamente, sicchè questo stadio di solito annuncia la prossima espulsione. Che anche i polipi se voluminosi, possano, al pari degli altri tumori di questo genere, dar gravi sintomi di compressione, è cosa evidente per sè. Anzi possono, come un utero gravido, determinare forte distendimento della vagina e della vulva, formazioni di varici, e l'utero disteso dal polipo per compressione può dar luogo a disturbi da parte della vescica e del retto, con tutte le loro conseguenze. Gli effetti sull'organismo dipendono specialmente nei polipi dalle modificazioni che avvengono in seno al tumore. Se il polipo cade in mortificazione, in gangrena per difetto di nutrizione, o perchè strozzato dall'orificio interno, si ha una secrezione di odore fetido con febbre di assorbimento, in certi casi seguita da morte per piemia.

I *miomi del collo* sono abitualmente associati a gravi affezioni della mucosa. Anche in essi le mestruazioni sono di solito abbondanti: all'infuori dei periodi però non si hanno comunemente emorragie se non dietro congrui stimoli, come per coito, per irrigazioni vaginali fatte da mano inesperta, per emissione di masse fecali dure.

Le dismenorrea è anche qui la regola. Il tumore può pure crescere ad ogni mestruazione, per ridursi di nuovo subito dopo.

Tutte le forme di fibromiomi costituiscono un ostacolo essenziale al concepimento: meno i sottosierosi, più i sotto mucosi. Non escludono però assolutamente e sempre il concepimento. Talvolta con miomi, che durano da lungo tempo, si vede insorgere una gravidanza tardiva ed inaspettata. La gravidanza può anche andare normalmente a termine: ed allora, dopo un parto per lo più assai difficile, può darsi che l'involuzione puerperale colpisca anche il mioma.

Io ho veduto nove casi di gravidanza in utero miomatoso; in un decimo caso la gravidanza si complicava con mioma e carcinoma (1).

---

(1) Vedi Gördes, Zeitschr. f. Geb. u, Gyn. XX.

Se i miomi sono impiantati in modo da ostacolare la distensione dell'utero o da impedire la trasformazione del segmento inferiore o del collo, possono rappresentare un ostacolo assoluto al parto, se già fin da prima la pressione esercitata dall'utero crescente e miomatoso non ha reso necessario un intervento.

La diagnosi dei fibromiomi non è punto sempre tanto facile, come la troviamo quando arriviamo a sentire il tumore sporgente dalla superficie dell'utero, o a raggiungerlo attraverso al canal cervicale', od a sentire coll'esplorazione combinata la massa dell' utero disseminata di nodi miomatosi di varia grossezza. I miomi interstiziali, specialmente se piccoli, sono per lo più difficilissimi da distinguersi. Si riesce a diagnosticarli, se l'utero più grosso del normale presenta qua e là delle ineguaglianze di spessore, che colla sonda si constatano come nodi duri e circoscritti in mezzo alla restante parete dell' utero di consistenza normale. Ingrandendo, i tumori interstiziali alterano spesso essenzialmente la forma dell'utero, sebbene talvolta possano dare al corpo la stessa forma che assume in gravidanza. Se il neoplasma non è molto esteso, se ne esistono parecchi nodi, l' utero contrae una forma irregolare, che lascia sempre il dubbio se, nel caso concreto, si abbia a che fare con un tumore sorto fuori dall'utero e ad esso intimamente adererente, o con un tumore posto nella parete stessa dell'utero. Appunto in questi casi torna di grande vantaggio lo stabilire colla sonda la direzione e ampiezza della cavità uterina. Quasi sempre per la presenza del mioma l'utero viene allungato: per lo più la sua cavità viene deviata lateralmente anche per una distensione modica di un mioma interstiziale, e, se con qualche sforzo s'arriva a portare in posto la sonda, si può coll'esplorazione combinata sentire fra la mano esterna e il bottone della sonda, la sede e la forma del neoplasma. È appunto in questi casi che la deviazione del canale uterino assume grande importanza diagnostica. Però il sondaggio può dar luogo a forti emorragie, a dolori ed anche a gravi infezioni.

La diagnosi differenziale fra miomi o fibromi e gravidanza normale poggia di solito sulle modificazioni caratteristiche della gravidanza. Possono però presentarsi anche nei miomi dei segni, che ci mettono in grave dubbio, tanto più se l'anamnesi non ci dà punti sicuri di partenza. Tutti i tentativi per constatare la gravidanza in questi casi, portano facilmente con se il pericolo di una sua interruzione. Non bastano in questi casi la forma, la consistenza, la colorazione del collo, il polso vaginale.

A rendere più ardua la diagnosi concorre non di rado una certa irregolarità nelle mestruazioni. Un giudizio decisivo si può dare solo osservando il modo di aumentare della massa: in casi di indicazione vitale, in ispecie per gravi emorragie, urge arrivare direttamente sul contenuto dell' utero, e poco importa di qual genere esso sia; l' anemia minaccia la vita, bisogna svuotare l'utero, contenga esso un uovo od un tumore.

La diagnosi dei miomi sottosierosi è abbastanza facile nei tumori piccoli. Una certa difficoltà si può incontrare nel discernere fra le varie nodosità quale sia il corpo dell'utero, e quale il mioma: la risposta decisiva spetta alla sonda. La distinzione degli altri tumori intraperitoneali, dei tumori ovarici, dagli essudati, dagli ematomi è in taluni casi assai difficoltata, quando specialmente per pregresse infiammazioni siansi determinate estese aderenze, e siano rimasti dei postumi. La diagnosi differenziale può perfino riuscire impossibile. Per mia esperienza ho grande fiducia, in questi casi, nell'esplorazione fatta nella narcosi e nel sondaggio, coi quali mezzi si giunge in genere a stabilire la diagnosi.

Se pensiamo che in più d'un caso i rapporti sono tanto imbrogliati che riesce difficile stabilirli anche all' autopsia, ci consoleremo di un eventuale errore diagnostico fatto *intra vitam*.

Dalla puntura ci potremo attendere qualche sussidio solo in caso di tumori fibrocistici: porta però sempre con sè il pericolo della infezione e della emorragia, e non giova sempre a mettere immediatamente in chiaro la diagnosi.

I miomi sottomucosi possono facilmente essere scambiati con una semplice metrite parenchimatosa od endometrite. Se non vale l'anamnesi in questi casi a sciogliere il dubbio, non ci resta altro che l'esplorazione diretta, od eventualmente il raschiamento a scopo diagnostico.

In modo affatto speciale si comporta la fusione purulenta di tumori sottomucosi piccoli nelle donne vecchie. Oltre ad altri casi ebbi occasione di recente di osservare l'una dopo l'altra tre donne di 52, 54 e 61 anni, nelle quali con scarsi dolori ritornarono le mestruazioni dopo una pausa di parecchi anni, durata senza secrezioni dall' utero. Il modo dell'emorragia e il cattivo odore del sangue facevano pensare ad un carcinoma, ma l'esame microscopico rivelò trattarsi di nodi miomatosi suppurati. Le tre donne guarirono al pari delle altre col raschiamento, e pare durevolmente.

I miomi cervicali di solito si presentano assai facilmente al dito esploratore attraverso all'orificio uterino od alla vagina; può però tornare molto difficile il limitare attorno a questi tumori l'utero, e lo stabilire i rapporti del tumore col corpo. Però con un po' di pazienza e col sussidio della narcosi si riesce per lo più allo scopo.

I polipi, finchè sono piccoli ed hanno sede nella cavità uterina, possono opporre le più gravi difficoltà alla diagnosi. Spesso si sospettano dei polipi, e si trovano solo delle masse mucose ipertrofiche, mentre là dove gli altri sintomi giustificano la diagnosi di endometrite si trovano anche delle escrescenze polipose. In questi casi il raschiamento fornisce degli indizii anche sulla proliferazione poliposa, perchè durante l'atto operativo si può col cucchiaio constatare l'esistenza di un corpo protrudente a mo' di polipo nella cavità uterina. Se col dito si sente il polipo, o se colla sonda si gira attorno al peduncolo, non vi può quasi più es-

sere dubbio sulla diagnosi, tanto più se col dito, o colla sonda, o con una torsione mediante pinze uncinate si è constatata la mobilità del tumore. Nei gradi più avanzati di sviluppo di solito i polipi si spingono in vagina, o sono così addossati all'orificio uterino che è impossibile sfuggano ad un minuto e cauto esame. Resterà solo in dubbio, se si tratti di un polipo semplicemente mucoso, o se contenga un nodo miomatoso o fibroso più o meno svilupato.

Quando il polipo si mortifica alla sua estremità, o cade completamente in gangrena per processo trombotico originante dai punti strozzati dall'orificio uterino, si ha la possibilità di uno scambio con una degenerazione maligna, sulla quale può decidere appena il microscopio.

Fu dato il consiglio, quando si sospetti un polipo, di fare l'esame durante la mestruazione, perchè nel tempo della congestione mestruale i polipi vengono spesso spinti in basso ed all'esterno. Questo modo di dimostrare l'esistenza di un polipo a me è riuscito una volta sola, prescindendo da quei casi in cui l'esame e la constatazione del polipo furono fatti nel corso di un'emorragia continua. Nei polipi più voluminosi, specialmente se derivano da miomi sottomucosi, occorre stabilire con cautela e precisione se ed in quanto la parete, e specialmente il fondo dell'utero, siano stati invertiti e tratti in basso dal tumore. La differenziazione fra i varî gradi di sviluppo dei polipi e l'inversione dell'utero, secondo gli autori, dovrebbe essere affidata specialmente alla sonda. Io credo però che la sonda esponga facilmente i meno pratici ad errore, come ne feci più volte l'esperienza. In questi casi ritengo meglio cercare nella narcosi e colla esplorazione combinata il corpo dell'utero ed eventualmente l'imbuto da inversione, sia dal lato delle pareti addominali, sia dal lato del retto.

La prognosi dei miomi indubbiamente è favorevole per un gran numero di essi; non solo non dànno disturbi di sorta, ma possono scomparire affatto. Ma ciò non autorizza a dichiarare in genere i miomi per benigni, perchè qualunque sia la loro sede, qualunque lo sviluppo raggiunto, sono spesso, se non sempre, causa di notevoli disturbi, anzi possono minacciare nel modo più serio la vita delle pazienti.

Già le ricordate degenerazioni ci dimostrano la prognosi grave di un numero non piccolo di miomi. Nel mio materiale vidi 21 volte dei miomi suppurati, 12 volte con degenerazione cistica, 12 volte telangecstasica, 9 volte sarcomatosa.

Perciò su 408 miomi, 55 erano degenerati in modo pericoloso.

L'utero si trovò affetto da altre malattie 23 volte; 1 volta gravido con mioma e cancro, 9 volte gravido, con pericolo di vita, 14 volte affetto da carcinoma.

Negli annessi si ebbero 44 volte complicazioni; 11 volte piosalpinge (3 di questi si riferiscono a casi già trattati con cura elettrica) 1 volta

idrosalpinge, 4 volte tumori tubo-ovarici, 2 volte cancro dell'ovaio, 1 volta ascesso dell'ovaio, 6 volte tumori ovarici bilaterali, 13 volte unilaterali, 3 volte tumori dermoidi, 3 volte voluminosi ematomi del follicolo.

Se basta già questa statistica per smentire la così detta benignità dei miomi, la prognosi di un gran numero di essi diventa molto seria, specialmente per le emorragie. Se queste emorragie continuano, e se, come più volte mi occorse di vedere, danno luogo a grandi pericoli di anemia, non è necessario ricorrere a quei casi, di cui pure ho visto degli esempj, di morte per dissanguamento, per giudicare affatto illusoria, sotto questo punto di vista, la benignità dei miomi. Ma assai più che per le continue emorragie e conseguente anemia, queste donne vanno spesso a soccombere, perchè il loro organismo depauperato non è più in grado di resistere agli agenti nocivi della vita comune: il loro apparato circolatorio diviene insufficiente: lo dimostrò or non è molto E. Rose (1) in una lunga serie di osservazioni e lo vidi in parecchi casi, cosicchè le pazienti sono disposte alla formazione di trombi e di emboli. La nutrizione viene profondamente alterata; una lieve affezione della mucosa dei bronchi o dell'intestino assume in queste malate un carattere inquietante e può portarle alla morte. È perciò sempre giustificata la questione se la nostra prognosi debba tener conto solo del coefficiente più o meno elevato di mortalità, o non piuttosto anche del grado di vitalità della paziente, della sua capacità al lavoro, della possibilità per essa di tirare in lungo in modo tollerabile: ora da questi punti di vista la prognosi di quei miomi, che dànno dei sintomi, è certamente sfavorevole.

Naturalmente si penserà a curare il mioma solo quando dia luogo a sintomi. Il risultato della cura è sicuro appena quando il suo scopo sia la completa ablazione del tumore. Siccome però la cura radicale anche oggidì presenta varie difficoltà e pericoli, ad essa si dovrà ricorrere solo in una determinata serie di casi, mentre il più delle volte è giusto e doveroso fare un tentativo per combattere i sintomi quando non siano molto rilevanti e siano sproporzionati col pericolo di una cura radicale. Non mancano i tentativi per arrestare il tumore nel suo sviluppo, o provocarne l'involuzione. In quest'ultima direzione si annoverano tutti i diversi tentativi colla somministrazione di arsenico, fosforo, ioduro potassico, cure mercuriali e sottrattivi ed altri mezzi simili, che non avrebbero però l'efficacia delle cure continuate a lungo colle acque minerali iodiche di Kreuznach, di Tolz, di Hall, di Salzbrunn, di cui parlano tanto bene i medici idrologi. Però da queste cure balneari nella mia pratica finora non ho ottenuto che rari e limitati successi.

---

(1) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie XIX — Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XI, pag. 136.

Miglior fiducia veniva riposta nelle iniezioni di ergotina, raccomandate da Hildebrandt nel 1872 (1). Per l'ergotina dovrebbero mettersi in contrazione i vasi dell'utero, e per la conseguente anemia e deficiente nutrizione dovrebbero venire in scena la degenerazione grassa ed il riassorbimento della massa del tumore. Con tali iniezioni non solo Hildebrandt, ma un gran numero di autori ottennero innegabili risultati, sicchè non si può elevar dubbio sulla possibilità di determinare in questo modo la riduzione dei miomi.

La mia esperienza in proposito non è molto favorevole alla cura coll'ergotina (2). Mi capita di rado di trovare dei miomi, nei quali non sia stata tentata da qualcuno l'ergotina: e il risultato ne è che le pazienti si rivolgono altrove per la cura e finiscono col decidersi all'operazione.

Se l'emorragia è scarsa, se la donna è prossima all'età critica e non ha altri disturbi, uso l'ergotina per iniezione sottocutanea, nella dose di gr. 0,10. Le iniezioni si fanno in una zona dell'addome tutt'attorno al bellico.

La paziente resta in riposo per una mezz'ora dopo l'iniezione: il punto, ove questa fu fatta, vien ricoperto con una compressa inzuppata d'acqua fredda, e si sorveglia il riassorbimento del materiale iniettato, e l'eventuale reazione.

Il formarsi di ascessi al punto della iniezione è prova dell'impurità del preparato o di insufficiente disinfezione della siringa.

Qualche volta si hanno molesti fenomeni di ergotismo (vedi la discussione sulla comunicazione di Martin al Congresso di Magdeburgo nel 1884), il che impedisce il proseguimento del tentativo di cura.

La cura elettrolittica dei miomi ha ricevuto forte appoggio da Apostoli (3). In Inghilterra è specialmente Thomas Keith, in America ed in Russia un gran numero di ginecologi che hanno applicato estesamente questo metodo. In Germania, dopo Zweifel (Centralbl. f. Gyn. 1884 N. 50) e Bayer (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XI) se ne sono recentemente occupati a fondo Bröse e Schäffer. La mia opinione basata su un materiale di osservazione, che mi pare sufficiente (4), è che l'elettrolisi non possa assolutamente dare la guarigione e la completa scomparsa di un mioma. L'effetto dell'elettricità consiste specialmente nella cauterizzazione della mucosa a contatto coll'elettrode. Ma questa cauterizzazione è incompleta, e non solo è dubbia nel suo effetto, ma non

---

(1) Berliner Klin Wochenscrift N. 25. — Vedi Schröder, Trattato VII Ed. pag. 246. — Delore (Gaz. hebdomad. 1877, N. 16) e Schücking consigliavano di fare le iniezioni di ergotina in grembo al tumore.

(2) Vedi, Jäger, Dissert. inaug, Berlino 1876.

(3) Acad. d. sc. Paris. 1884, XCIX, 177.

(4) A. Martin u. Mackenrodt, Deutsche med. Wochenschr. 1892. N. 2.

colpisce che segmenti limitati della superficie interna dell'utero. Il procedimento non è privo d'inconvenienti, non solo pei dolori che arreca alle pazienti, ma anche perchè dà spesso luogo a decomposizione del tumore, diventando perciò pericoloso. È un metodo di cura che io ho abbandonato completamente.

Fra le cure palliative meritano considerazione solo il raschiamento della mucosa seguito da cauterizzazione, e l'incisione della capsula nei tumori interstiziali.

Il raschiamento risponde in quei piccoli miomi, che per le emorragie e le secrezioni cominciano a dare noie, senza però che questi due sintomi esercitino ancora una seria influenza sulle condizioni generali. Dopo un raschiamento profondo della mucosa del corpo si inietta una certa quantità di percloruro di ferro nella cavità uterina; per un po' di giorni si manterrà poi il ghiaccio sul ventre, mitigando se del caso le coliche uterine colla morfina. Per lo più si ha un miglioramento, che però non è di lunga durata; eventualmente si potrebbe ripetere il raschiamento.

L'incisione della mucosa, che ricopre il mioma, (1) viene praticata allo scopo che la mucosa tesa e in istato di irritazione infiammatoria possa retrarsi coi suoi vasi. In realtà tolta la tensione della mucosa molte volte si vedono cessare le emorragie.

Qualche volta dopo l'incisione insorgono delle contrazioni uterine, che cacciano il mioma attraverso alla bottoniera praticata nella mucosa: e per questa via può venire espulso, grazie al suo ulteriore sviluppo e a queste contrazioni. Sarebbe però molto ardito il voler far conto su questo modo di espulsione, e in casi urgenti limitarsi a tale semplice incisione. È del resto un metodo applicabile solo a quei miomi interstiziali, che respingono la mucosa verso la cavità uterina.

Le gravi difficoltà, che si incontrano talvolta nell'ablazione dei miomi, e i poco favorevoli risultati operativi d'un tempo fecero nascere l'idea di ottenere con uno spediente, ciò che talvolta si vede avvenire alla menopausa, l'involuzione del tumore. Partendo da questo punto di vista, Hegar pel primo cercò di provocare una precoce menopausa coll'estirpazione delle ovaie, anche se non ammalate, e propose la castrazione della donna, basandosi su considerazioni teoriche e su numerosi esperimenti (2).

---

(1) Amussat. Mèmoires s. l'anatomie des tum. fibr. 1842. — At'ee. Amer. Journal of med. sciences. Aprile 1845. Ottobre 1856. — Spiegelberg. Arch. f. Gyn. V. — Gusserow. Monatschr. f. Geburtsk. XXII, pag. 83, e Neubildungen des Uterus 78, 86.

(2) Vedi per la letteratura e la storia in Hegar e Kaltenbach 3.ª Ed. Vedi pure l'articolo di A. Martin nella Enciclopedia di Eulenburg 2.ª Ed., e il capitolo alla fine di questo libro. — Per i risultati ultimi, vedi Wiedow, in Festschrift für Hegar 1889, Enke. — Olshausen, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1890 XX. — Hofmeier, Grundriss d. gyn. Operat. 1892, 2.ª Ed.

È certo che per lo più le emorragie cessano subito dopo la castrazione: qualche volta si ripresentano per cessare poi solo a poco a poco.

Nella maggior parte dei casi i miomi subiscono una riduzione. Però la rimozione delle ovaie molte volte non impedisce nè l'accrescimento, nè la degenerazione dei miomi. Non solo nell'età critica, ma anche molto tempo dopo la completa scomparsa delle mestruazioni può ricominciare e in modo allarmante l'accrescimento del tumore. In uno dei miei casi i miomi, i cui germi non erano riconoscibili all'epoca della rimozione degli annessi malati, crebbero solo un anno dopo l'operazione, così da rendere necessaria l'ablazione dell'utero. In massima mi pare più razionale esportare il tumore stesso; tanto più che la prognosi dell'intervento radicale come operazione va avvicinandosi sempre più a quella della castrazione e dovrà certo raggiungerla. Hofmeier, su 340 casi di castrazione, conta una mortalità di 5,3 % (Prochownik e Werth sui loro casi, 24 e 23, non avevano perduto alcuna operata). P. Müller 25 %, Olshausen 21 % Hegar 7,6 %: l'operazione radicale, come io la pratico adesso, offre ancora una mortalità del 9,5 %.

Cura operativa dei miomi.

Il procedimento operativo può variare assai a seconda della sede del tumore e della estensione della distruzione di tessuto uterino funzionante.

I *miomi cervicali* atteggiati a polipo di solito si possono trarre in vagina e di lì facilmente all'esterno: si potrà allora legarne il peduncolo, prima o dopo l'ablazione del tumore. I miomi interstiziali del collo per lo più sono facili da enuclearsi dopo l'incisione della loro capsula.

I miomi sotto mucosi del corpo spesso si possono facilmente rimuovere per la vagina, purchè siano accessibili attraverso al canal cervicale nella loro massima circonferenza. Se atteggiati a polipo, seguono le trazioni, e si snucleano del loro letto: è raro che traggano con sè la parete uterina, fino alla inversione. L'enucleazione di miomi intraparietali voluminosi per le vie naturali è non solo un compito arduo, ma può anche fallire (1), perchè nello snucleare nella profondità dei tessuti è ben difficile stabilire se il rivestimento peritoneale sia abbastanza resistente da non lacerarsi, se cioè in altre parole si sia al sicuro da una rottura d'utero.

In due di questi casi della mia pratica il trauma fu fatale alla paziente: le due donne però erano già in condizioni disperate per anemia, quando si sottoposero alla

---

(1) Amussat, Revue méd. Août 1840 und Mémoire. 1842. — Hegar, Virchow's Arch. 1869. — Maennel, Prager Vierteljahrschr. 1874, II, 24. — Frankenhäuser, Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1874. — A. Martin, Breslauer Naturforschervers. 1874 u. Zeitschr. f. Geb u. Frauenkh. 1876. — Jakubasch. Charité-Annalen. 1881. — Lomer, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. IX, S 277.

cura. 35 volte ho enucleato dei voluminosi miomi del corpo attraverso alla vagina. Dei primi cinque ho dato notizia nel 1874 al Congresso di Breslavia. Sulle 35 ne morirono 7: due per ferita del peritoneo: due per processi settici, prima dell'introduzione dell'antisepsi ed una morì per collasso. Due erano già infette per inutili tentativi di estrazione fatti da altri operatori. Cedendo alle istanze di colleghi, completai l'operazione ed enucleai il tumore: oggidì preferirei esportare mediante laparotomia l'utero settico. Una volta ho enucleato il tumore dal corpo subito dopo il parto.

Ho abbandonato questo modo di enucleazione vaginale per tutti i casi in cui si tratta di tumori del corpo molto voluminosi, anche se già è iniziato il processo espulsivo. Un esempio di questi casi l'ho fatto pubblicare dal Dr. Nagel nel *Centralblatt, für Gyn.* del Luglio 1886 N. 31. Il tumore assai grosso fu esportato mediante laparotomia e incisione della parte alta dell'utero: regolarizzati gli avanzi della capsula, fu suturata la ferita uterina. La guarigione e la riduzione dell'utero si compirono in modo più che soddisfacente (1).

In seguito allo snucleamento non ho mai osservato nei miei casi una emorragia veramente seria. I voluminosi residui della capsula si riducono, il rivestimento mucoso del tumore si involve, o, caduto in gangrena, viene eliminato. Nelle enucleazioni praticate sul collo ho anche procurato di resecare il soprappiù della capsula, in modo che, suturando il resto, si evitasse ogni formazione di sacca in seno alla ferita.

Molto più semplice è l'enucleazione dei miomi, previa laparotomia. Se le masse sono tanto profondamente situate da lasciare ancora del tessuto funzionante fra i diversi nodi (fig. 121), si potrà, seguendo l'esempio da me dato nel 1880 (2), incidere la capsula, snucleare il mioma, suturare la capsula, e riaffondare utero ed annessi.

Questa operazione semplice, l'ideale dei procedimenti conservativi, conserva la mestruazione e la fecondità (3). Non assicura però da recidive, che io ho viste 3 volte su 134 casi: tuttavia il valore, che io assegno alla conservazione delle funzioni sessuali, è tanto elevato, da superare questo inconveniente.

Sul modo dell'enucleazione non si può decidere che a ventre aperto, Bisognerà allora vedere se l'ablazione del tumore lasci in posto tessuto sufficiente per rifare un utero funzionante. Può darsi che una risposta negativa consigli allora di esportare piuttosto tutto l'utero.

In questi ultimi anni non ricorro più alla costrizione elastica col tubo di gomma. L'emorragia per lo più non è eccessiva. L'assistente può col dorso della mano comprimere il collo o il bordo dell'utero contro la sinfisi, mentre il palmo tien ridotte le anse intestinali nel ventre: altrimenti si possono afferrare con pinze uncinate i tessuti sanguinanti (4).

---

(1) Vedi anche Hager, Centralbl. f. Gyn. 1886, N. 40.

(2) Burkhardt, Deutsche med. Wochenschr. 1880, N. 27, e Czempin, Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin, Oct. 1886.

(3) Finora si ebbe due volte il concepimento. Una delle mie operate ha partorito spontaneamente a termine: una abortì. Un altro caso fu osservato da Krönlein, Beitr. z. klin. Chir. 1890.

(4) Vedi la pubblicazione dei miei assistenti Burkhardt e Czempin, l. c.

Tecnicismo dell'enucleazione. Disinfezione rigorosa del collo e della vagina prima dell'operazione, dopo aver lasciato per una notte una striscia di garza all'iodoformio in vagina. Laparotomia. L'utero, se possibile, vien portato fra le labbra della ferita. Sul tumore e nella direzione del suo maggior diametro si incide la sierosa, rispettando, se possibile, le tube e i legamenti rotondi. L'incisione si approfonda fino sul mioma. Il tumore viene afferrato con pinze uncinate, e l'indice intromesso fra la capsula ed il tumore cerca di snuclearlo. È ben raro che occorra ricorrere al bistori per completare la separazione del mioma dalla sua capsula.

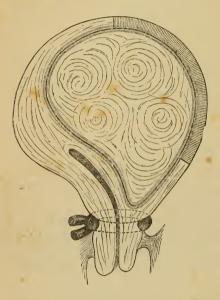



Fig. 122. — Enucleazione di un mioma interstiziale.

A seconda dell'ampiezza del residuante letto del tumore, di cui si tasteranno le pareti per giudicare dell'eventuale esistenza di altri nodi in basso, si regola la condotta successiva. Se il letto non comunica colla cavità uterina, se ne agguagliano colle forbici i lembi e le irregolarità, poi si pratica una sutura continua a strati col catgut, in modo da portare le pareti in intimo addossamento. Nel disporre il piano di sutura bisogna procurare di ricostruire la forma dell'utero. L'ultimo piano si colloca subito sotto la sierosa. Anche questa viene poi chiusa con una sutura continua. Speciale attenzione merita la sutura degli angoli della ferita peritoneale, affinchè essa non abbia a rimanere aperta in nessun punto (fig. 123).

Chiusa così la cavità, io aggiungo due o tre punti in seta, passati attraverso a tutto lo spessore della ferita rinchiusa e strettamente annodati. È necessario che ad una compressione laterale la ferita non lasci più uscire una goccia di sangue.

Più d'una volta ho fissato, per finire, l'utero alla parete addominale nell'intento di prevenire emorragie secondarie o passaggio di pus nella cavità addominale, in caso avvenisse suppurazione: e ciò specialmente quando sia stata aperta nello sgusciamento la cavità uterina; non ne ho ricavato però nessun speciale vantaggio.

Se la cavità uterina viene aperta in qualche punto del letto del tumore, sarà di somma importanza provvedere alla disinfezione di questa

cavità. Con uno strumento adatto, forbici, cucchiaio, si esporta la mucosa, e vi si applica un batuffolo bagnato in sublimato all'1 $^0/_{00}$ o in acido fenico al 3 $^0/_0$ con cui si stropicciano accuratamente le pareti. La cavità viene poi diligentemente rinchiusa con una sutura continua in catgut, prima di incominciare la solita sutura a strati.

Se multipli sono i nodi miomatosi, si penetrerà, potendo, per enuclearli dal letto del tumore più voluminoso. Se però vi è frapposto troppo tessuto uterino, si snucleeranno separatamente dalla sierosa.

Fig. 123. — Sutura della capsula dopo l'enucleazione.

Se il numero o il volume dei miomi è eccessivo, lo snucleamento non è indicato, ma piuttosto l'ablazione di tutto l'utero.

Una volta nel praticare lo snucleamento facevo anche la castrazione. Da 10 anni non lo faccio più, perchè il valore dello snucleamento ne viene sconosciuto.

Una accidentale malattia dell'ovaio può dare occasione all'escisione, alla resezione, ed anche all'ablazione sua. Ma se ambo le ovaie sono ammalate, la necessità di esportarle mi consiglia di esportare assieme anche tutto l'utero miomatoso.

La guarigione dopo l'enucleazione procede senza particolarità degne di nota. Nel mio primo centinaio di casi osservai parecchie formazioni di ascessi nel letto del tumore. Il pus si svuotò per la cavità uterina, che del resto più volte era stato da me drenato verso la vagina attraverso al canal cervicale. Negli ultimi 50 casi l'incidente non si è più

verificato. Dal 1890, ho lasciato da parte ogni drenaggio. Comprendendo i casi pubblicati nel 1890 nella Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XX. fino alla fine del 1892, ho fatto 139 enucleazioni con 26 casi di morte = 11,5 %.

Anche qui la statistica complessiva è turbata dai primi anni di esercizio. Vi sono però delle serie di 11 e più casi di guarigione. Una differenza nella prognosi è data dall'eventuale apertura della cavità uterina: i casi di questo genere diedero una mortalità doppia degli altri.

La guarigione procede più lentamente che non dopo una operazione radicale, perchè la involuzione dell'utero procede naturalmente adagio. Un disturbo è rappresentato in circa l'8 % delle pazienti dalla mestruazione in principio profusa. Con una cura opportuna di irrigazioni calde, ergotina, segale, idrastis e colle cure generali anche questo disturbo si dileguò sempre, a meno che non sopravvenissero recidive. Sulle recidive ho già parlato più sopra.

Delle 113 donne, due ebbero poi gravidanze: dell'aborto in una di esse ho già riferito nel 1890. L'altra ha partorito normalmente e senza inconvenienti. Perciò la ferita uterina 2 anni dopo la operazione ha potuto tollerare bene la distensione dell'uovo in via di sviluppo. Del resto delle operate di enucleazione 46 % non erano maritate, 27 % di età superiore ai 40 anni.

I miomi sottosierosi del corpo non offrono che poche difficoltà al l'ablazione, se la loro differenziazione è arrivata al punto da determinarne la sporgenza al di sopra della superficie uterina. Si può avere allora una specie di formazione di peduncolo; il peduncolo non contiene che pochi fasci muscolari e connettivali in cui sono compresi vasi cospicui.

Questo peduncolo si può trattare come il peduncolo di un tumore ovarico. Aperto il ventre, il tumore viene estratto; il peduncolo posto allo scoperto viene trafitto e legato. Sopra la legatura, che io uso fare con catgut, si esporta con una incisione ad imbuto il tumore, in modo da lasciare lembi sufficienti per una sutura. Gli orli peritoneali si ravvicinano con una sutura continua; l'utero si affonda e si chiude la ferita addominale.

Non sempre il peduncolo è così sviluppato da potersi trattare come quello di un tumore ovarico. Allora si escidera il tumore della parete uterina con una incisione cuneiforme. Anche qui non è necessaria una emostasi provvisoria col tubo elastico. L'assistente per lo più riesce senza fatica a premere l'utero contro la sinfisi, e a infrenare così l'emorragia; altrimenti si applicheranno due pinze uncinate nella massa dell'utero in modo da comprendere completamente la ferita da farsi nell'utero. Il cuneo deve terminare ad angolo acuto nella parete, se si vuole poi fare comodamente la sutura. Con sutura continua in catgut si chiuderà poi la ferita, eventualmente procedendo a strati. Anche l'in-

cisione della sierosa si chiude con sutura continua, e si assicura l'adattamento delle superficie e l'emostasi con un punto o due di seta sovrapposti in croce.

Un interesse speciale l'offrono i casi di sviluppo sottosieroso nel corpo, se si complicano a gravidanza. Se il mioma è poco sviluppato e situato al fondo la gravidanza non ne è necessariamente compromessa; può arrivare al termine e terminare anche con un parto normale. I tumori più voluminosi invece, anche con una sede simile, inceppano per il loro sviluppo la distensione dell'utero e tornano dannosi per la compressione che esercitano sul suo corpo e per la limitazione dello spazio nella cavità addominale. Ne derivano degli stati pericolosi, che forzano all'intervento.

Si possono eludere le difficoltà colla provocazione dell'aborto per dar tempo ad una ulteriore cura del mioma. Questa via, che sarebbe per sè la migliore, talvolta ci è intercettata dal fatto che il mioma risiedente nella parte bassa del corpo preclude la via al collo. Se la gravidanza è tanto inoltrata che il feto sia capace di vita extrauterina, si dovrà fare il taglio cesareo, per poi esportare il mioma o per determinarne colla castrazione l'involuzione, che del resto può venire in scena spontaneamente assieme coll'involuzione puerperale. Altrimenti resta l'estirpazione dell'utero per laparotomia, o l'amputazione sopravaginale del corpo.

Anche Hofmeier (1) si pronuncia in favore della miomotomia in gravidanza, che potrebbe fare fortunata concorrenza alla provocazione, sempre pericolosa in queste circostanze, del parto prematuro.

I risultati della mia esperienza in casi di tumori sottosierosi complicanti la gravidanza sono consegnati nella memoria di Langner, Berl. klin. Wochenschr. 1886 N. 23: quanto all'esportazione o all'amputazione sopravaginale dell'utero gravido nel lavoro di Gördes, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XX.

I miomi peduncolati sono relativamente rari. Nel rendiconto del 1890 ho ricordato due soli casi di lungo peduncolo; le pazienti guarirono senza incidenti.

I metodi fino ad ora descritti valgono solo per quei casi, in cui la distruzione di tessuto funzionante è limitata, è possibile l'esportazione del solo tumore, e la conservazione alla paziente di un utero atto al concepimento: ma nel maggior numero di casi di mioma un procedimento conservativo così ideale non è possibile. Le emorragie, i dolori, i fenomeni di compressione, l'influenza deleteria sulle condizioni generali, la depressione delle facoltà vitali e dell'attitudine al lavoro costringono a ricorrere a quelle operazioni, che sono possibili solo coll'ablazione di tutto l'utero.

Anche qui vi sono due vie da battere.

---

(1) Grundiss d. operat. Geb. Ed. II. S. 263, dove si trova raccolta la bibliografia.

In un piccolo numero di casi il volume non è tanto aumentato da rendere impossibile l' esportazione per vaginam. Io credo che una tale estirpazione vaginale dell'utero miomatoso non sia mai tanto facile; però non v'ha dubbio che per dati statistici si debba considerare come il metodo meno pericoloso, in confronto alle operazioni per via laparotomica.

Rimandando per questa operazione al capitolo seguente « estirpazione dell' utero canceroso » voglio qui solo ricordare che in un certo numero di casi all' ablazione vaginale dell' utero miomatoso io ho fatto seguire con buon esito l' operazione del prolasso, come già sopra si è detto.

Io ho fatto 25 volte l' esportazione vaginale dell' utero miomatoso. Una donna morì per bronco pneumonia. In tutti gli altri casi si ebbe pronta guarigione e cicatrizzazione normale. La menopausa artificiale fu superata senza inconvenienti, e la salute dura buona.

Per molto tempo l' operazione tipica dei miomi fu l' amputazione sopravaginale dell'utero miomatoso.

Dopo che Köberle nel 1864 (Gaz. méd. de Strasbourg) propose pel primo questa operazione, Péan (1) ne fece un procedimento tipico con una specie di segmentazione del tumore previa laparotomia, e terminando col trattamento extraperitoneale del collo dell'utero. In seguito il metodo extraperitoneale fece un progresso essenziale per opera di Hegar e Kaltenback (2). Il loro metodo, con tutta una serie di modificazioni, è ancora oggidì in uso.

L' impulso al trattamento intraperitoneale del peduncolo è dovuto a Schröder (3). Un vantaggio non disprezzabile nella questione della tecnica laparotomica fu portato, mi pare, dall' uso del tubo di gomma per la costrizione del collo, fino a che il tumore sia esportato e il moncone suturato, come io lo aveva proposto nel Congresso di Cassel del 1878 in seguito alla comunicazione di Schröder.

Da quell'epoca si è molto e vivacemente discusso sul valore comparativo dei metodi intra-ed extraperitoneale. Le modificazioni si rivolsero ora al modo di trattare ed assicurare il peduncolo (4), ora alla sutura nei suoi dettagli (5). Recentemente il metodo intraperitoneale, fra i cui più convinti sostenitori io mi son ascritto fino dal 1878 dopo le mie prime sei miomotomie, ha ricevuto un valido appoggio, specialmente dai risultati di Brennicke (6), e Leopold (7).

---

(1) Péan et Urdy, Histérotomie. Paris 1873.

(2) Operative Gyn. Ed. II, 1886.

(3) Naturforschervers., Cassel 1878, e Zeitschr. f. Geb. u. Gyn, VIII u. X.

(4) Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1881, S. 171.

(5) Zweifel, Deutsche Gesellsch. f. Gyn. Halle 1887. Vedi anche Hofmeier, Grundr. Ed. II.

(6) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXI.

(7) Archiv. f. Gyn. XLIII.

In una comunicazione nella Zeitschr. f. Geb. u. Gyn XX ho ricordato i 135 casi di amputazione sopravaginale da me eseguiti dal 1876 fino al 4 ottobre 1888. Di questi ne ho perduti 46. Questa serie ha ora solo un interesse storico, perchè risponde al periodo di sviluppo della tecnica e comprende i primi albori del metodo antisettico. Gia fin d'allora in due casi fui indotto a servirmi del metodo proposto da Freund per l'operazione del cancro, l'estirpazione cioè dell'utero e degli annessi per una combinazione dei metodi vaginale ed addominale. La convinzione della necessità di un miglioramento nel trattamento del peduncolo mi spinse a fare un passo in là, e ad estirpare metodicamente il peduncolo, che dopo l'ablazione del corpo è non solo destituito di ogni valore, ma prepara sempre nuove difficoltà per la guarigione immediata e definitiva.

Riconosco che mi era sfuggita la priorità di Bardenheuer in questo piano operativo. (1) Assieme con me pare abbiano ideato l'escisione totale dell'utero Trendelenburg e M. Dixon Jones. La mia comunicazione al X Congresso internazionale, Berlino 1890 (2), conteneva in esteso le considerazioni, che mi avevano condotto a questa operazione, e la nota delle prime 30 osservazioni. La mortalità, aggravata da diverse complicazioni eccezionali (1 embolismo, 1 paralisi intestinale, 3 anemia persistente, 1 emorragia consecutiva, 1 sepsi, in tutto 8 casi) ha forse distolto gli altri dal seguirmi in questa via. Dei clinici tedeschi Chroback (3) si è presto persuaso del valore del metodo. In Berlino so di Rotter che ha seguito con successo il mio esempio. Nell'America del Nord, James F. W. Ross (4) e Florian Krug (5), in Francia P. Goullioud (6), in Italia G. Inverardi (7), E. Tricomi (8), A Ceci (9), e L. Acconci (10) pure con ottimi risultati.

Nel frattempo io ho modificato il procedimento.

Come riferiva Mackenrodt (11), il primo passo fu, dopo l'escisione dell'utero, di chiudere l'apertura del peritoneo, ed escludere così dalla cavità peritoneale tutta la massa delle legature attratte in vagina. Con queste modificazioni il metodo si può dire completo.

---

(1) Zur Frage der Drainirung der Peritonealhöhle. Stuttgart 1881.

(2) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XX.

(3) Centralbl. f. Gyn. 1890, N. 9 u. 35.

(4) Amer. Journ. of Obst. and Diseases of women and children. 1891, Vol. XXIV, N. 8

(5) The New-York Journ. of Gyn and Obst. January 1892.

(6) Extrait du Lyon médical. 1891, N. 42.

(7) Estratto dallo Sperimentale. 30 Nov. 1891.

(8) Comunicazione fatta alla VIII. adunanza della Società Italiana di Chirurgia in Roma 1891.

(9) Estratto dal Morgagni. Anno XXXIII. Ottobre 1891.

(10) Rendiconti clinici d. R. università di Padova. 1892.

(11) Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 12. December 1890. Zeitschr. f. Geb. u Gyn. XXI, S. 224.

Da principio io avevo cercato di esportare il corpo per l'addome e il collo per vagina. Poi impresi a demolire anzi tutto il corpo, per poi escidere dall'alto il collo, previa costrizione provvisoria. La ferita della vescica in due casi mi convinse a cominciare l'isolamento del collo solo dopo aver disteso la vescica con acqua. Cominciai talora dalla parte anteriore del collo, talvolta anche dalle parti laterali. Ho cambiato molte volte anche il metodo di distacco dei legamenti larghi.

Da più di un anno procedo nel modo seguente:

Ai preparativi comuni ad ogni laparotomia è da aggiungere una speciale diligente disinfezione della vagina la sera precedente l'operazione. Nel collo si spinge, più in alto che sia possibile, una striscia di garza.

Aperto il ventre comincio col sollevare il corpo dell'utero rompendo le aderenze, e tendendo fortemente il pavimento pelvico. I legamenti infundibolo pelvici vengono allacciati; due o tre legature sono poste sul legamento largo scendendo fino al collo, e con speciale riguardo alle legature più profonde che comprendono l'uterina.

Solo se il tumore troppo voluminoso ostacola l'operazione, viene esso esportato; per lo più si porta via tutto assieme tumore, utero, ovaie e tube. I monconi dei legamenti larghi vengono provvisoriamente afferrati con pinze Richelot. Il campo operativo talvolta è oscurato dal sangue, che fluisce dal tumore; si provvederà allora con pinze sui margini dell'utero. Incisi i legamenti fino a ridosso dei fornici, provvisto con legature a tutti i punti sanguinanti, si attacca la faccia posteriore del collo. Le zone laterali di distacco vengono collegate con una incisione trasversale, che lungo il collo si spinge fino al fornice; spesso questo viene aperto immediatamente. Altrimenti una pinza da medicazione solleva il fornice posteriore per facilitare l'incisione. Tutto attorno alla breccia così formata si provvede all'emostasi con fili, che dal peritoneo vengono passati in vagina, ed allacciati verso il peritoneo. Si suturano poi i fornici laterali, annodando pure i fili verso l'alto. Per ultimo non rimane che una piccola connessione del collo verso la vescica. Lo sfondato vescico uterino viene inciso con un taglio trasversale rasente al collo. La vescica viene scollata fino al fornice. Su di un ago si carica poi il fornice, il fondo della vescica e l'orlo del peritoneo sopra la vescica, e così con fili staccati o continui si pratica la sutura. Si rimuovono i klemmer, si controllano i monconi laterali.

Per chiudere il difetto nel pavimento pelvico tutte le legature, che sono in catgut, vengono riunite in un fascio di 12-15 cent. di lunghezza, fascio che si afferra e si trae in vagina mediante una pinza introdotta pei genitali. Subito i margini dell'apertura appaiono dall'alto ravvicinati l'uno all'altro. Riesce allora assai facile chiudere la breccia peritoneale. Con un ago breve e curvo si trafigge il peritoneo della parete ante-

riore del Douglas, poscia l'orlo di quello che riveste la vescica. Si annoda il sottile filo di catgut, e si procede con sutura continua verso uno dei lati del bacino; altrettanto si fa verso l'altro lato. Spesso basta un sol filo per completare la chiusura. Nel peritoneo rimangono uno o due nodi di catgut, tutt'al più tre.

Con ciò l'operazione è finita, e si chiude la ferita addominale. La

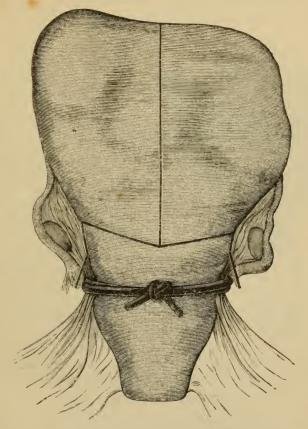



Fig. 124. — Amputazione sopravaginale dell' utero. Il laccio è posto sul legamento fundibolo-pelvico. L'ovaio e la tuba sono allacciati.

durata dell'operazione è di 30-45 minuti. Per lo più la si compie con scarsa perdita di sangue; solo la massa di sangue racchiusa nel tumore e con esso esportato può rappresentare una quantità non indifferente. Il trattameuto dei legamenti larghi riesce difficile solo quando vi sono cicatrici che immobilizzano il pavimento pelvico.

Rapida e facile la convalescenza; le operate hanno l'aspetto di puerpere sane e guariscono senza reazione. Possono lasciare il letto dal 12.°

al 14.° giorno, e l'ospedale tra il 14.°, e il 18.°. La massa dei fili di catgut in vagina viene espulsa la seconda settimana.

Sul fondo della vagina rimane una cicatrice lineare. Cessa ogni secrezione; basta per qualche tempo fare lavature vaginali disinfettanti a datare dalla 2.ª settimana e continuate per 3-4 settimane. I risultati definitivi sono idealmente perfetti.

Con le debite cure scompaiono le vampe, che sono sempre conseguenza della rimozione degli organi pelvici; le pazienti rifioriscono, e ritornano perfettamente atte al lavoro. Il senso genitale, per quanto si può controllare, non è influenzato.

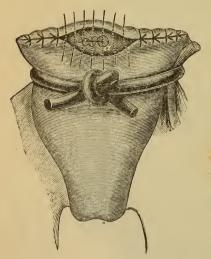



Fig. 125. — Sutura del peduncolo dopo l'amputazione sopravaginale. — *a* sutura del canale cervicale.

Delle complicazioni nella convalescenza io temo specialmente le trombosi, cui sono tanto facilmente esposte le ammalate di fibromi, e contro cui non conosco cura profilattica. Se si tratta di ammalate con cuore debole preferisco non lasciarle troppo tempo a letto. Se compaiono trombosi alle gambe bisogna però aspettarne la risoluzione dal riposo a letto.

I miei risultati sono i seguenti:

I. Un gruppo di operazioni senza chiusura del peritoneo (comprese le prima 30 già citate): in tutto 43 fino al Novembre 1890, con 13 morte: 30,23 %.

II. Operazioni con chiusura del peritoneo, 54 casi, con 5 morte (1 polmonite, 1 perforazione d' ulcera dello stomaco, 1 ileo per paralisi intestinale, 2 sepsi) 9,5 %.

Mackenrodt ha 8 casi con 1 morta.

Nei miomi a sviluppo intralegamentoso dopo aver allacciato i legamenti si procederà a snucleare il tumore; del resto l'esportazione si compie nello stesso modo nel caso in cui l'utero non possa conservarsi. La tasca residuante nel legamento si chiuderà con una sutura continua a strati.

L'amputazione sopravaginale, col metodo da me usato per l'addietro, è illustrata dalle fig. 124 e 125.

Si possono comprendere nel laccio i legamenti larghi, oppure provvedervi prima incidendoli fra due catene di legature, per poi collocare

il laccio direttamente sul collo. L'ablazione del tumore si può fare d'un colpo con una incisione ad imbuto, o segmentandolo prima in due metà (fig. 124). I monconi dei legamenti larghi saranno accuratamente suturati, poi si procederà alla sutura del peduncolo.

Nel trattamento estraperitoneale il peduncolo viene cucito fra le labbra della ferita, coperto con una polvere disinfettante, e sorvegliato per 3 a 6 settimane fino alla guarigione. Nel trattamento intraperitoneale occorre molta cura nel trattare la sezione del canale cervicale. Io usavo escidere profondamente la mucosa del collo, suturare il collo a strati, chiudere la cavità imbutiforme, e al disopra affrontare il peritoneo con punti staccati. Per garantirmi da emorragie mettevo alcuni punti in seta all'estremo del moncone (1).

Agli angoli si riunisce il peritoneo del peduncolo al rivestimento, che passa sulle allacciature dei legamenti larghi mediante una sutura continua (2). Solo allora si toglie il laccio elastico, e si controlla ancora una volta con massima diligenza l'emostasi. Talvolta bisogna aggiungere ancora qualche punto profondo: altre volte bastano alcuni superficiali o non ne occorrono affatto. In caso di bisogno si possono comprendere il peduncolo e i monconi dei legamenti in allacciature in massa (3).

III. La cura dei polipi dipende dal volume di questi tumori, dalla loro inserzione e dalla struttura del loro peduncolo. I piccoli polipi fibrosi, simili ai così detti follicolari, si possono esportare facilmente per torsione. Faccio uso a questo scopo della pinza a scatto di mio padre (fig. 126): può però servire qualunque altra pinza provvista di chiusura a cremaillère. Colla pinza si afferra il polipo pel suo peduncolo e lo si torce. È affatto eccezionale il vedere con questo metodo una emorragia, che del resto si arresterebbe subito con un fiocco di cotone bagnato nel percloruro di ferro.

Fig. 126. — Pinza a scatto di E. Martin

I polipi più grossi e con peduncolo più resistente si dovrà cercare di tirarli in basso, tanto che sia possibile applicarvi una legatura; possibilmente, trafisso il peduncolo con un filo, lo si allaccia in due metà:

(1) Vedi l'analogo processo di Chrobak. Retroperitoneale Stielversorgung (Centralbl. f. Gyn. 1891, N. 35).

(2) Ueber die Stielversorgung bei der Myomoperation. Deutsche med. Wochenschr. 1885, N. 3.

(3) Olshausen raccomandava di lasciare in posto il laccio (l. c.).

il polipo si esporta incidendo non troppo vicino alla legatura. Se la legatura fu sufficiente, non si ha emorragia, il peduncolo si riduce presto e non ha bisogno di un trattamento speciale. Se il polipo ha larga base di impianto, lo si afferra con una pinza Muzeux, e lo si torce, dopo avere, se possibile, lacerata la mucosa alla base colle unghie.

Questo processo trova la sua applicazione in tutti i polipi, che si possono rendere accessibili; quando il volume del tumore impedisce di raggiungere il peduncolo, si penserà all'esportazione mediante l'écraseur (1). Queste ablazioni più difficili costringono le pazienti a letto per alcuni giorni; si dovrà con iniezioni astringenti, e specialmente di acqua calda a 50°, provocare la riduzione dell'utero; si potrà fare largo uso anche della segale per diminuire la cavità uterina.

I polipi fibrosi più grossi creano spesso delle immani difficoltà. Difficilmente si può su di essi far presa, tanto più se il loro polo inferiore è mortificato, e spesso non si possono estrarre che a spese di lacerazioni nella continuità del pavimento pelvico. D'altra parte la loro rimozione è di somma urgenza, perchè essi dànno luogo a ritenzione dei secreti assai alterati, e tornano assai pericolosi per la compressione sugli organi vicini. Le pazienti, che per lo più sono molto anemiche, male sopportano il grave atto operativo. Perciò, come già dissi, anche in un caso di questo genere io ho preferito fare la laparotomia, aprire l'utero, estrarre dall'alto il tumore, e cucire la breccia. La paziente guarì (Vedi Centralblatt für Gyn. n. 31, Luglio 1886. Dr. Nagel). Questo processo lo credo raccomandabile per i polipi così voluminosi.

Neoformazioni maligne dell'utero.

a) Adenoma dell'utero.

È solo dall'epoca del lavoro di Schröder (Zeitschrift für Geb. und Gyn. Vol. 1.° 1876) che i neoplasmi originanti dall'apparato ghiandolare della mucosa uterina vengono annoverati e praticamente classificati fra le neoformazioni maligne.

I neoplasmi ghiandolari, gli *adenomi*, possono trovarsi in forma di proliferazioni generalizzate a tutta la mucosa o *adenoma diffuso*. Vi si trovano sviluppate numerosissime ghiandole, che differiscono solo per volume dalla solita forma delle ghiandole uterine. Di solito si ha dapprima una infiltrazione cellulare del connettivo interghiandolare: in altri casi fin dal principio prevalgono le ghiandole neoformate, che vengono a formare un complicato intreccio di tubi, con scarsissimo tessuto connettivo interstiziale. Altre volte l'adenoma assume forma poliposa; allora la su-

(1) Da 10 anni io non faccio più uso dell'ecraseur.

perficie della mucosa uterina appare disseminata da varî polipi piccoli o grossi, che constano essenzialmente di ghiandole neoformate. Questi conglomerati di ghiandole aderiscono alla parete uterina per mezzo di un peduncolo sottile ed allungato.

L'eziologia di questa forma morbosa, della quale nel Marzo 1876 ho visto ed operato un esempio tipico, senza conoscere il carattere di questo neoplasma definito allora per la prima volta da Scrhöder, sembra essere in un certo rapporto coi catarri uterini cronici; così si spiega anche come l'adenoma di solito si sviluppi solo fra i 30 ed i 40 anni, od anche appena prima della menopausa, sviluppandosi in apparenza a poco a poco

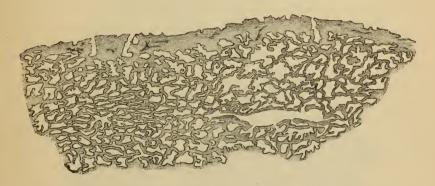



Fig. 127. — Adenoma dell'utero, da un mio preparato disegnato da C. Ruge.

da un catarro dell' interna superficie dell'utero. La frequenza dell'adenoma è assai variamente giudicata. Finora ho istituito circa una cinquantina di volte la diagnosi di degenerazione adenomatosa. Ma solo in 8 casi era raggiunto lo stadio elevato di sviluppo, che si vede raffigurato nella fig. 127. Negli altri casi non v' era dubbio sulla diagnosi di tumore maligno, ma si trattava di una formazione limitata ad isole in mezzo ad una mucosa fortemente irritata.

L'anatomia patologica di questa forma è abbastanza caratterizzata da quanto abbiamo premesso. Dall'annessa figura si vede il prevalente sviluppo del tessuto ghiandolare, che si palesa all'aspetto cribroso delle sezioni microscopiche (fig. 127). Nella fig. 128 è riprodotto in maggiori proporzioni lo stesso preparato: frammezzo ai tubi ghiandolari non rimane quasi più nulla del connettivo interstiziale.

Gli adenomi non sono certo forme trascurabili o benigne: possono passare immediatamente in carcinomi, come è dimostrato anche da due mie osservazioni: in questi casi non è però ancora stabilito se la trasformazione maligna abbia punto di partenza dall'epitelio delle ghiandole, o da qualche punto all'infuori di esse.

Sintomo prevalente degli adenomi sono le emorragie, che spesso

figurano come mestruazioni protratte, o come scoli sanguigni irregolari, che tirano in lungo, senza però, almeno nei primi stadî, condurre a perdite molto abbondanti di sangue. Io ho visto di questi adenomi nelle più varie fasi di sviluppo; se le perdite duravano da molti mesi, per lo più le pazienti erano in istato di notevole anemia. Caratteristica è fra gli altri segni la scarsezza della secrezione muco-purulenta, del vero

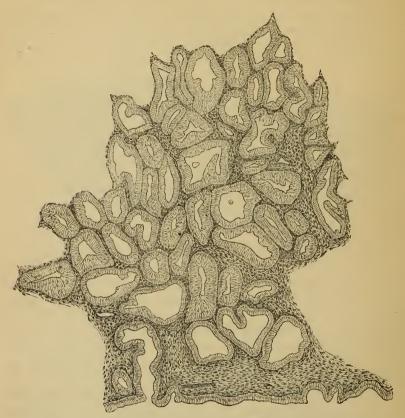



Fig. 128. — Il preparato precedente, ad un ingrandimento di 400 diametri.

fluor albus, sebbene nel maggior numero dei casi non faccia assoluto difetto. Dolori queste donne non ne accusano, ad eccezione di quelli che si collegano colla anemia. Del resto tutte le pazienti erano o in istato di morboso eccitamento per l'irrequietudine derivante dalle emorragie, oppure spossate, dimagrate e grame per la lunga durata del male.

La diagnosi in ogni caso si può fare solo esaminando la mucosa: l'utero è bensì un po' ingrossato, molliccio, in alcuni casi anche dolente, ma la possibilità di una fondata diagnosi è unicamente data dal raschia-

mento della mucosa, nel modo che già conosciamo, per sottoporla all'esame microscopico.

La *prognosi*, soltanto nei primissimi stadî, può dirsi non assolutamente infausta: nelle forme già pronunciate non lascia speranza di sorta. Appunto in riguardo al carattere maligno, che sempre si manifesta, la prognosi sarà riservatissima, e su ciò ci guideremo per la terapia.

Negli stadii iniziali basta da principio un energico raschiamento della mucosa uterina, seguito da cauterizzazione al percloruro di ferro. Non si può escludere che si abbia così ad ottenere una guarigione definitiva. Si vedono le pazienti rimettersi in discrete condizioni, e in alcuni casi il male diventare così tollerabile da allontanare per anni la necessità di una cura radicale. Non è raro il vedere a questa cura susseguire rapidamente la recidiva; nei miei casi l'ho vista presentarsi 7 volte all'intervallo relativamente breve di 3-7 mesi.

Nelle forme più spiccate di adenoma diffuso la cura radicale, secondo me, consiste sempre nell'estirpazione vaginale dell'utero: appunto in questi casi l'estirpazione vaginale fornisce la possibilità di una guarigione completa. La sterilizzazione della donna, che ne è la conseguenza, non ci deve punto preoccupare, perchè la degenerazione adenomatosa la rende già per sè inetta al concepimento, senza contare che per lo più si tratta di donne prossime all'età critica.

Due osservazioni mi inducono a raccomandare caldamente l'operazione radicale anche nei casi di adenoma non estesamente diffuso, appena si riconosca che il raschiamento seguito da cauterizzazione non basta a guarire il male. In questi due casi — l'una era una pluripara attempata, l'altra una zitella di 49 anni — nello spazio di sei mesi dopo l'estirpazione vaginale per adenoma, si palesò un carcinoma sulla cicatrice, ed ambedue le pazienti soccombettero presto ad una cachessia a rapido decorso.

Come si debba fare la estirpazione vaginale, lo vedremo al capitolo relativo.

Nelle forme polipose basta spesso al primo momento il semplice raschiamento seguito da cauterizzazione. Schröder dice averne ottenuto delle guarigioni definitive (1). Ad ogni modo si è autorizzati ad aspettare lo sviluppo di una recidiva prima di risolversi in queste forme polipose all'estirpazione vaginale dell'utero.

Finora io ho eseguito l'estirpazione vaginale 19 volte per adenoma conclamato, e 42 volte per una iperplasia tanto notevole dell'apparato ghiandolare, che nella proliferazione della mucosa non eravi quasi più traccia del normale tessuto interstiziale. Di queste pazienti la più giovane aveva 37 anni. Tutte soffrivano di profuse metrorragie (solo 5 avevano partorito, altre tre erano sterili; tutte ammalate da parecchi anni), e nonostante una cura energica ed insistente erano cadute in preda ad una anemia sempre più minacciosa. 4 volte esistevano notevoli aderenze perimetritiche, che compli-

(1) Schröder, Trattato pag. 280.

carono assai l'operazione e posero in pericolo la guarigione. Di queste 61 donne 3 morirono per l'operazione, una per sepsi, due per degenerazione grassa del cuore dovuta all'anemia. Due morirono poco dopo per carcinoma della cicatrice: le altre guarirono definitivamente.

b) Cancro dell'utero.

Nelle donne il cancro si localizza con una frequenza relativamente grande all'utero: infatti, secondo alcuni computi, più di un terzo delle donne, che muoiono per cancro, ne sono colpite all'utero (1).

Non è passato molto tempo da quando si riteneva che il cancro dell'utero partisse quasi esclusivamente dal collo, e si designava come rarissimo, eccezionale, il cancro del corpo. La facilità di diagnosi apportata dal raschiamento e dall'esame microscopico della mucosa (2) ha fatto modificare questa opinione, essendo dimostrato da molteplici osservazioni che il cancro del corpo è molto più frequente di quanto una volta si riteneva, pur essendo di fatto meno frequente del cancro del collo. Le due forme, non solo istologicamente, ma anche nel modo di sviluppo offrono notevoli differenze, che ne rendono necessario uno studio separato.

I. *Cancro del collo.*

L'eziologia del cancro del collo è ancora molto oscura. Di positivo pare vi sia finora solo, che esso è malattia che si verifica di preferenza nell'età matura, fra i 30 e 40 anni (3), che si trova più frequente nelle donne delle classi più povere, mentre invece i miomi colpiscono piuttosto le donne delle classi più agiate (4), e che i parti pregressi dispongono alla degenerazione maligna, sebbene non ne vadano immuni nemmeno le ragazze. Quale predisposizione apportino gli stati cronici irritativi non è ancora bene assodato. Clinicamente pare quasi accertato che la metrite cronica e l'endometrite, date certe condizioni non ancora note, possano fornire un terreno opportuno allo sviluppo dei neoplasmi maligni. Conosco anch'io un numero ragguardevole di questi casi, senza tuttavia essere in grado di trovare un appoggio anatomico a questo rapporto. Si insistette anche sulla disposizione, che sarebbe data dalla sifilide. Per ora non si hanno ancora prove anatomo-patologiche convincenti, ma anch'io

(1) Schröder, l. c. p. 281.

(2) C. Ruge e J. Veit, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. II e VII, p. 138.

(3) La più giovane fra le donne affette da cancro del collo che io abbia avuto in cura aveva 23 anni: aveva partorito 2 volte: l'ultima volta 1 $^1/_2$ anni prima, e già dai 22 anni perdeva sangue.

(4) Schröder, l. c. p. 281. Alla Frauenklinik di Berlino, fra le ammalate d'ambulatorio si osservò il 1,9 % di miomi, e il 3,6 % di carcinomi: nella clientela privata di Schröder 5,7 % di miomi e 2,1 % di carcinomi. Nel mio ambulatorio la percentuale dei cancri è qualche cosa di più del 3 %, quella dei miomi un po' più alta: la clientela privata mi fornisce cifre analoghe.

ho dovuto più d'una volta riconoscere tale nesso eziologico, sul quale già mio padre aveva richiamato l'attenzione nel suo corso clinico. Egli aveva potuto stabilire che non di rado ammalavano per cancro delle donne che, spose in prime nozze ad uomini sifilitici morti poi in giovane età, dopo una vedovanza più o meno lunga si erano rimaritate a giovani assai vigorosi nei rapporti sessuali, e più giovani di esse (1).

Anatomia patologica. — La nota controversia sulla derivazione del cancro, se dalle cellule connettivali o dalle epiteliali, fu dagli osservatori, che ebbero un più ricco materiale a loro disposizione, C. Ruge e J. Veit (2), risolta soltanto nel senso, che di regola le cellule carcinomatose derivano da cellule epiteliali, che si trovano in grembo al tessuto connettivo irritato, probabilmente cellule dell'endotelio. Parecchie volte il carcinoma

Fig. 129. — Cancroide della porzione vaginale. Estirpazione dell'utero. Recidiva dopo 5 mesi.

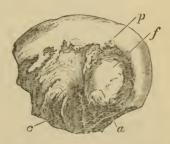



Fig. 130. — Cancroide della porzione vaginale (da Ruge e Veit), *p* epitelio piatto conservato *f* nodi cancerosi, *a* orificio esterno, *c* collo.

deriva indubbiamente dagli epitelii ghiandolari e specialmente di ghiandole neoformate, malate, che appunto pel cancro del corpo sono da ritenersi il punto di partenza del male. L'incertezza nella risposta a questa questione è in gran parte dovuta al fatto, che assai raramente si possono studiare gli stadii iniziali del male. Ho cercato anch'io di stabilire al microscopio questi stadii iniziali. Prescindendo da ciò, accetto anch'io le suddivisioni del cancro del collo addottate da Schröder nel suo trattato, e distinguo: il *cancroide superficiale della porzione vaginale, il cancro del collo ed il cancro della mucosa cervicale.*

1.° Il cancroide superficiale della porzione vaginale (fig. 129) può svilupparsi da proliferazioni papillari credute benigne, le così dette erosioni papillari della superficie esterna del collo, rivestite dall'invadente epitelio cilindrico. Secondo Schröder, la mucosa cervicale non partecipa mai primitivamente a questa alterazione; il cancroide si sviluppa sempre nel campo di produzioni patologiche di questa regione. La malattia può

(1) Winckel, p. 398.
(2) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. II, p. 14.

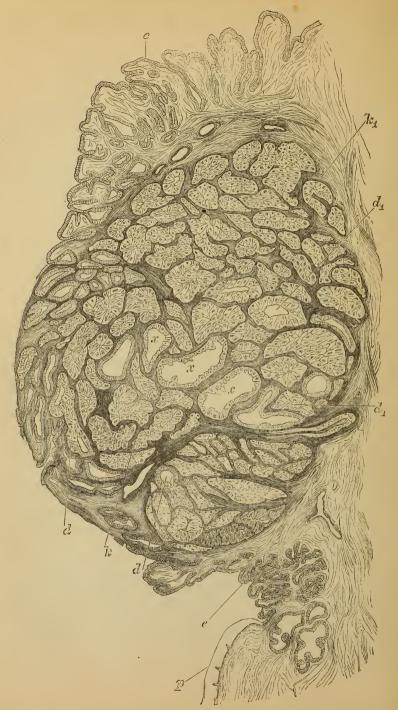



Fig. 131. — Sezione microscopica della figura precedente, *p* epitelio piatto, *e* erosioni, *k* nodo carcinomatoso, *c* canal cervicale, *d* zona di passaggio, *x* ghiandole conservate.

durare a lungo sulla superficie esterna del collo, formarvi delle vegetazioni polipose o delle ulcerazioni superficiali, e dall'un labbro diffondersi

Fig. 132 e 133. — Cancro della mucosa cervicale (da Ruge e Veit).

all' altro (la fig. 131 dà l' aspetto microscopico del caso rappresentato nella fig. 130). Con speciale frequenza lo si vede diffondersi alla mucosa della vagina, invadere tutta la porzione vaginale, e distruggere la parete vaginale per maggiore o minore estensione.

Fig. 134. — Carcinoma del collo, *kn* nodo canceroso, *o* orificio esterno, *a* difetto di sostanza per eseguito raschiamento.

La diffusione al tessuto paravaginale, e specialmente alla parte paracervicale del connettivo pelvico, l' ho osservata nelle forme avanzate con tale frequenza, da farmi ritenere costituisca uno degli esiti più infausti. L'utero si trova completamente circondato dal neoplasma, che invade i fornici, senza essere, almeno in principio, partecipe alla lesione.

2.° La seconda forma è da Schröder chiamata: carcinoma della mucosa cervicale. Si sviluppa, specialmente in casi di catarro cervicale inveterato, in modo superficiale nel tessuto sottomucoso, al disotto dell'epitelio cilindrico. Anche in questa forma si vede mano mano il male

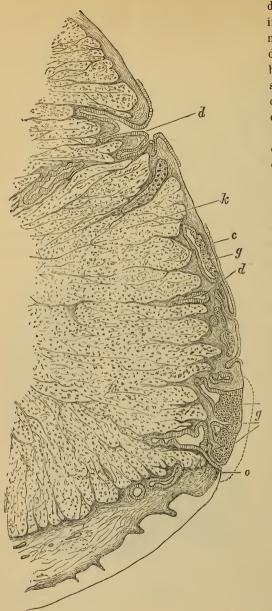



Fig. 135. — Da Ruge e Veit: *o* orificio esterno, *c* collo, *d* ghiandole cervicali, *g* degenerazione iniziale delle ghiandole, *k* nodo canceroso.

diffondersi al corpo, ed in basso verso la vagina (fig. 132 e 133). Io dalle mie osservazioni ho riportato l'impressione che questa seconda forma sia più frequente della terza.

3.° La terza forma è descritta da Schröder come il *nodo carcinomatoso della cervice*, che si svolge in forma di tumore circoscritto sotto la mucosa normale, o colpita da una irritazione in apparenza benigna.

Queste nodosità si trovano nello spessore del collo, ora sotto la superficie esterna prospiciente la vagina, ora sotto quella del canal cervicale; si alterano e si mortificano nel loro interno, e solo allora si fanno strada attraverso alla mucosa fino a quel punto intatta (fig. 134 e 135). La perdita di sostanza, che ne risulta, forma l'ulcera cancerosa, che ora si mostra prima sulla superficie esterna, ora verso il canale cervicale, e quindi per infiltrazione dei tessuti vicini invade sia tutto il collo, sia la vagina.

L' ulteriore modo di svolgersi di queste tre forme di cancro mostra pure delle differenze

abbastanza spiccate, sebbene il risultato finale sia sempre quello, differenze che concernono in modo speciale la diffusione verso la vagina, verso l'utero e verso il connettivo pelvico. In tutte le forme la vagi-

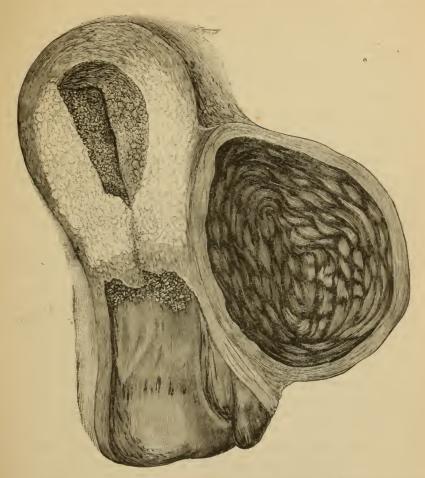



Fig. 136. — Cancro del collo, del corpo e della vescica. Dall'atlante di E. Martin. Le pareti della vescica sono ispessite per infiltrazione cancerosa.

na viene invasa con relativa frequenza e rapidità: il cancro si diffonde talora alla superficie, superando il fondo cieco dei fornici, talora sotto la superficie lungo una delle pareti vaginali, per manifestarsi lì come nodo in apparenza isolato.

La diffusione del cancro dal collo al corpo dell'utero (fig. 135) si incontra piuttosto di rado, e in ogni modo è più tardiva nel cancroide della porzione vaginale che non nelle altre due forme: mentre le masse

neoformate cadono in precoce disfacimento, si forma nel collo un'ampia cavità, che termina in alto con margini a picco: oppure, specialmente nel carcinoma della mucosa cervicale, la diffusione si fa per prolungamenti a zaffo che si spingono verso la mucosa corporeale e solo più tardi invadono le frapposte masse di tessuto. Abel (1) nella endometrite, che spesso accompagna il cancro del collo, ha voluto vedere una infiammazione sarcomatosa. Anch'io devo con C. Ruge, Saurenhaus (2) ed altri respingere questa interpretazione della complicante endometrite (vedi Orthmann, discussione sulla comunicazione di Saurenhaus alla Soc. Ost. Gin. 14 Febbraio 1888).

La partecipazione del vicino connettivo pelvico o dei legamenti larghi viene in scena o per trapiantamento lungo le vie linfatiche, o per infiltrazione diretta nella continuità dei tessuti.

Nella prima forma, fin dai primi stadî, quando appena si può avvertirla, si trovano dei nodi della grossezza di una lente, che si diffondono sotto il peritoneo per lo più all'indietro, e, data la possibilità di una palpazione profonda, si avvertono come corpicciuoli disposti a rosario. Riguardo al valore che altre volte si dava all'interessamento od alla immunità delle ghiandole inguinali, dobbiamo avvertire che questo gruppo di ghiandole di solito viene invaso assai tardivamente, quando le vie linfatiche profonde sono già da tempo infiltrate per grande estensione (3).

L'infiltrazione per continuità di tessuti interessa da prima i contorni del collo, che appare allora molto ingrossato: è raro che questa infiltrazione attorno al collo si distribuisca uniformemente; per lo più si estende più da un lato, costituendo in fine una rigida connessione fra utero e parete pelvica. Spesso è giustificato il sospetto di una infezione per contatto, specialmente se compaiono nodi isolati in vagina (vedi Winter, l. c.).

Fra gli organi invasi col progredire del tumore, meritano speciale osservazione, da una parte la vescica e gli ureteri, dall'altra il peritoneo.

L'infiltrazione del collo, della vagina e dei tessuti contigui, appena si estenda alla vescica, vi determina anomalie funzionali, e dà luogo ai sintomi tanto tormentosi di tenesmo vescicale, ancor prima che sia intaccata la mucosa della vescica stessa. Oltre alla vescica, gli ureteri, se ammalati, dànno origine a sintomi assai gravi. L'occlusione degli ureteri dà luogo a stasi urinaria, che è causa di un rapido deperimento delle forze, ma che d'altra parte può dar luogo a quel caratteristico senso di euforia che colpisce tanto nelle pazienti di carcinoma, e che riposa su base uremica. La malattia del peritoneo si manifesta pei fenomeni irritativi, sia che l'infiltrazione vi sia arrivata sotto forma di piccoli nodi

(1) Arch. f. Gyn. XXXII, p. 271.
(2) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XVIII, p. 9.
(3) Blau, Inaug. Dessert. Berlino 1870.

linfatici, o sotto forma di diffusione per continuità, o di vegetazioni analoghe a condilomi.

Oltre che all'avanti, l'infiltrazione può, sebbene con minore frequenza, estendersi all'indietro verso i fornici vaginali, e lateralmente al collo: dà allora origine a interessamento anche dell'intestino retto.

Se il tumore si disgrega, si formano qua e là dei focolai di decomposizione, che ora colpiscono la faccia esterna del collo verso la vagina, ora, trattandosi di collo ben configurato, non hanno uscita in basso. Queste forme ulcerose sono per lo più rivestite di un essudato fetente e grigiastro, lardaceo (1): questo essudato è ottimo terreno di coltura per cocchi settici (2), che di qui si addentrano nell'utero, e costituiscono un pericolo specialmente nel caso di intervento operativo.

Se il disfacimento progredisce, ne può venire distrutto il setto vagino-vescicale o il vagino-rettale. Per la fistola, che ne origina, si mesce come in una cloaca il contenuto della vescica e dell'intestino colle secrezioni uterine. Estendendosi ancor più il processo distruttivo, ne può venire, ma raramente, aperta la cavità peritoneale, ed anche allora sono rari i sintomi di peritonite generale, poichè già da tempo si è verificato il saldamento del peritoneo cogli organi vicini al disopra delle vegetazioni neoplastiche.

Accade piuttosto raramente che la presenza di queste forme cancerose determini malattie secondarie in organi lontani. Invece sono piuttosto comuni sul peritoneo, anche a qualche distanza, delle vegetazioni papillari, che possono raggiungere cospicue dimensioni.

I sintomi del cancro del collo non sono in principio ben caratterizzati. Mentre alcune donne fin dal principio, prima ancora che la malignità del male siasi palesata, lamentano vivi dolori, profuse perdite sanguigne e copiose secrezioni, ne troviamo altre che, anche ad infiltrazione molto avanzata, restano libere da qualsiasi disturbo, sicchè la constatazione del male è affatto accidentale, non essendo richiamata l'attenzione delle pazienti nè dai dolori, nè dalle emorragie, nè dalle secrezioni. Parecchie volte il primo sintomo accusato consiste in metrorragie durante le coabitazioni. Le emorragie nei primi tempi conservano il tipo mestruale, ma poi capitano anche fuori dei periodi, e sono aumentate ad ogni eccitamento che venga a colpire i genitali, come coito, difficili defecazioni, sforzi, e così via. La perdita può essere addirittura di pretto sangue: più spesso si ha una colorazione sanguigna delle mucosità copiosamente espulse. Il flusso così colorito richiama l'attenzione delle disgraziate donne. È caratteristico per queste secrezioni l'odore fetidissimo. Può però

(1) Stratz lo ha anzi designato come caratteristico per gli stadii iniziali. Centr. f. Gyn. 1886.

(2) Witte, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXIV.

mancare anche ad infiltrazione già avanzata, mentre può aversi anche per forme non maligne. Specialmente se la distruzione è superficiale, il secreto abbondantissimo può essere solo purulento. Se vi ha decomposizione, le secrezioni vengono alterate per miscela di sangue e di brandelli di tessuto, e assieme al colorito bruno sporco assumono anche l'odore caratteristico.

I dolori variano assai: talora mancano fino al momento della catastrofe finale: talora fin dal principio prendono il sopravvento sugli altri sintomi; vengono più d'una volta battezzati per coliche uterine: altre li dicono dolori sacrali; in altre si manifestano come un risentimento peritoneale o come un dolore lieve, ma insistente e rodente. Vi si associano gli altri fenomeni consecutivi dovuti alla diffusione del male, alla cachessia generale, al dimagramento, al deperimento delle forze. Schröder constatò una speciale rigidità dei muscoli addominali. Oltre a questa alterazione caratteristica degli ultimi stadî, io ho notato nelle sofferenti di cancro la speciale secchezza ed asprezza della cute su tutto il tronco ed alle estremità. Alle conseguenze della comunicazione colla vescica ho già accennato. I sintomi dell'invasione del retto sono quelli che sempre si osservano per lesioni del tubo intestinale. Merita ancora di essere notato che in queste pazienti è piuttosto comune uno stato di indescrivibile inquietudine e di insonnia, molto tempo prima che si possa constatare una malattia localizzata. Anzi non è raro sentire dalle pazienti affermare un sensibile miglioramento, proprio quando l'insonnia, da lungo lamentata, per l'iniziata intossicazione uremica ha ceduto il posto ad una continua sonnolenza.

È frequentissima nelle cancerose la inappetenza assoluta. Non solo questa è effetto delle secrezioni fetenti o dei medicamenti propinati per lenire i dolori, ma si fa sentire prima ancora che entrino in azione questi due fattori. La nutrizione viene assai disturbata dal malessere e dalle nausee. Le tendenze sessuali sono piuttosto esaltate che depresse, e così si spiega anche l'abbastanza frequente concepimento, ad onta dell'avanzata distruzione del collo.

Calcolare la durata del male riesce estremamente difficile: di fronte a casi con rapidissimo decorso, nei quali ho visto passare solo nove settimane dai primi inizî apprezzabili alla catastrofe finale, ho anche molte osservazioni, in cui passarono quasi cinque anni, per lo più però grazie ad arresto nei progressi del male ottenuto con replicate operazioni.

La diagnosi di cancro non offre nessuna difficoltà nei casi di disfacimento avanzato e di forme spiccate: l'età, il decorso, il reperto dell'esame parlano tanto chiaro, da escludere in modo assoluto ogni errore. Certo questi per lo più sono casi, nei quali il male è salito più in alto del collo, ed ha già determinato estese distruzioni nei tessuti vicini.

Difficoltà straordinarie si incontrano invece nella diagnosi dei primi

stadî. Tutte le manifestazioni cliniche, che si ritengono proprie dei tumori d'indole maligna, possono far difetto; l'esplorazione vaginale può non rilevare nulla di sicuramente caratteristico, ed allora la sola indagine microscopica ci può assicurare della diagnosi (1). Anche dei frammenti piccoli, escisi o raschiati dalla mucosa o dai nodi, possono servire alla diagnosi, previo l'opportuno induramento e preparazione. Appunto in vista dell'analogia di reperto clinico colle forme avanzate di metrite cronica, nelle infiltrazioni estese e nelle lesioni profonde della mucosa e vagina, bisognerà andare ben guardinghi nell'emettere una diagnosi in base al reperto digitale ed al decorso clinico. Questa raccomandazione è importante, tanto in vista della possibilità di una guarigione quando il male sia riconosciuto in tempo, quanto per la cura di un'affezione semplice benigna.

Quanto più presto sapremo riconoscere gli inizî del cancro, tanto più, confido, sarà non solo rischiarata l'eziologia di questa fatale affezione, ma anche migliorata la prognosi, perchè, constatati i primi stadî, potremo mettere in opera una terapia opportuna.

Schröder attribuisce al cancroide della porzione vaginale un carattere più mite ed essenzialmente diverso dalle altre forme di degenerazione carcinomatosa, cioè il cancro del canal cervicale, ed i nodi cancerosi del collo. Certo si deve ammettere la differenza istologica dimostrata da Ruge e Veit, nè può negarsi, per le ricerche di Hofmeier, ampliate poi da Winter (Berl. Klin. Wochenschr. 1891), la tendenza ad estendersi e la curabilità locale. D'altra parte Schröder stesso ammette che anche nel cancroide non è esclusa la possibilità di una recidiva (Vedi Società di Ost. e Gin. seduta del 24 Nov. 1885).

Un significato specialmente infausto lo assumono, anche per esperienza di Schröder, le complicazioni colla gravidanza. Il mio ultimo caso di escisione alta (cancroide ad un labbro del collo in una gravida al 5.° mese, recidiva dopo due mesi) parla pure in questo senso.

Non posso dunque accogliere pienamente la prognosi relativamente favorevole, che Schröder attribuisce al cancroide del collo; pur ammettendo che sia migliore, che non per altre forme di cancro del collo, devo però confermare che bisogna asportare tutto l'organo, sebbene solo parzialmente sia malato.

Hofmeier (2) ha stabilito che tra le donne curate da Schröder con escisione parziale, 41,3 per cento rimasero 4 anni libere da recidive. Winter (3), riunendo il materiale di Schröder ed Olshausen, ha stabilito un risultato ancora più favorevole per l'operazione parziale.

---

(1) Stratz (Zeitsch. f. Geb. und Gyn. XIII) mette come un segno di speciale importanza il distacco netto fra parte sana e malata, con una differenza di livello, con una tinta leggermente gialliccia, e in forma di rilevatezza granulosa, splendente.

(2) Centralblatt f. Gyn. 1886, N. 6. e Berliner klin. Wochensch. 1886. N. 6 e 7.

(3) Soc. di Ost. e Gin. Luglio 1891. Berl. klin. Wochenschr. 1891, N. 42.

Schröder (1) in base alla sua esperienza conclude « che il cancro » del collo dell'utero è guaribile finchè limitato all'utero ed alla vagina. » Nel cancroide della porzione vaginale basta l'escisione sopravaginale » della cervice, però spesso occorre asportare parti più grosse dalla » cervice. Le operate si riterranno guarite, se rimangono sane per un anno » dopo l'operazione ».

« Nel carcinoma della mucosa del canal cervicale il male è spesso » così sviluppato in alto fin dal principio, da rendere sempre necessaria » l'estirpazione totale. Il cancro infiltrato si diffonde facilmente verso » il corpo dell'utero, cosicchè solo in via eccezionale potremo limitarci » all'escisione della cervice ».

Io ho già riunito a diverse riprese i risultati della mia esperienza nei diversi modi di cura del cancro. Essi coincidono press'a poco coi risultati pubblicati da Hofmeier (2) Leopold (3) Olshausen (4) ed altri. Nel 1887 ho pubblicato una di queste statistiche.

Il numero delle estirpazioni vaginali è da allora considerevolmente cresciuto. Su 134 estirpazioni totali per la vagina fatte nel mio Istituto fino alla metà di Gennaio del 1887, delle quali 9 da Düvelius, le altre da me, l'operazione fu fatta 94 volte per cancro, 66 volte coll'utero fu esportata tutta la massa neoplastica: 28 volte, rimosso l'utero, rimasero però traccie del male già in corso di diffusione, essendosi riscontrate durante l'operazione delle ghiandole infiltrate piu o meno lontane, o delle infiltrazioni laterali, che non si poterono asportare. Nel 1.° gruppo di 66 operazioni radicali, 11 socccombettero sotto l'influenza dell'operazione. Fra le 55 sopravvissute ho notizie attendibili solo di 44, perchè le ultime operate dopo la fine del 1885 non possono naturalmente entrare nel computo. Di queste 44, 31 non hanno avuto recidiva, 13 invece ne furono colpite. Ciò dà adunque un risultato finale di più del 70 per cento di guarigioni del cancro coll'esportazione totale (5).

Il numero delle mie operazioni è cresciuto di poi di 77 (6) cosicchè la somma complessiva ammonta a 171. Ma ad onta di questo numero e tenendo conto di tutti i casi noti, il materiale non mi pare ancora sufficiente per rispondere alla questione dei risultati finali. Noi sappiamo bene che l'estirpazione totale è operazione feconda di risultati. Per mio conto mi deciderò ad apprezzarne meno alto il valore solo quando si

---

(1) l. c. p. 309.

(2) Münchener med. Wochenschr. 1891.

(3) Berl. klin. Wochenschr. 1891.

(4) Deutsche Gesellsch. f. Chirurgie. 1892.

(5) Vedi Società di Ostetr. e Ginec. in Berlino 1887. 14 Gennaio.

(6) Si potrebbe osservare con una certa sorpresa come il numero delle estirpazioni totali per cancro non sia aumentato nel mio materiale nella stessa proporzione delle miomotomie. Ciò trova la sua spiegazione nel fatto che da diversi anni non ricorro all'operazione se non quando si possa colla esportazione arrivare su tessuto perfettamente sano.

potrà contraporre un periodo di osservazione di 10 a 15 anni per una lunga serie di casi.

Fin a quando possa durare lo stato di latenza prima dell'irrompere di una recidiva, non è ancora ben noto; certo è che il maggior numero dei cancri del collo recidivano entro il primo anno, ma anche dopo 2 o 3 anni si vedono delle recidive in donne fino allora apparentemente sane. Aspettiamo che una lunga serie di anni ci fornisca delle cifre più considerevoli.

Essendo all'oscuro sull'eziologia del cancro, tanto più lo saremo in quanto concerne la profilassi; però mi pare che, appunto in riguardo alla possibilità di una degenerazione maligna, sarà buona cosa combattere tutti gli stati cronici irritativi della mucosa e del parenchima del collo, che tanto spesso vediamo servire di substrato all'affezione carcinomatosa; i catarri cronici, gli infarti, le neoformazioni della porzione vaginale, anche se ai loro primi stadî indubbiamente benigni, dovranno essere assoggettati ad una cura attiva, tanto più in quell'età che è più predisposta alle neoplasie maligne. — In vista di uno dei modi d'origine dei tumori maligni, cui abbiamo già accennato, e che mio padre potè stabilire in una serie protratta di osservazioni, e che ho avuto anch'io occasione di constatare più di una volta nella pratica, ho sconsigliato molte volte dal passare a seconde nozze donne rimaste vedove di un primo marito sifilitico.

La terapia del cancro del collo non deve consistere solo nella distruzione del neoplasma, ma deve proporsi di rimuovere il substrato, dal quale ebbe origine.

Negli stadî iniziali di tutte le forme di cancro del collo io consiglio subito la cura radicale, cioè l'esportazione di tutto l'utero, non appena che il carattere maligno sia confermato dall'esame microscopico. All'amputazione infra e sopravaginale ricorro solo per avere in questi casi dubbî il materiale adatto per la diagnosi; appena questa è assicurata procedo all'estirpazione vaginale subito se è possibile, e in ogni caso appena si presentino i segni di una nuova malattia.

Neppure la brillante difesa di Winter (l. c.) non mi può ricondurre alla operazione parziale perchè la mia esperienza pratica non si accorda colla sua.

La maggior parte dei cancri del collo si presenta alla cura, quando una operazione radicale non può più dare probabilità di risultati duraturi. Certamente ha ragione Winter di richiamare ai medici pratici la vecchia raccomandazione di stare in guardia contro il cancro nelle donne affidate alla loro cura. Troppo spesso le emorragie di donne giunte all'età matura vengono attribuite ai disturbi dell'età critica e sottratte ad una cura opportuna. D'altra parte anche oggidì accade troppo spesso che le malate stesse nascondano per pudore o per igno-

ranza i loro disturbi, fidandosi alle chiacchiere di buone vicine o di donne *pratiche*.

Sia per l'invasione della vagina ed organi vicini, sia per la diffusione ai legamenti larghi, e specialmente per il trapiantamento nelle ghiandole sottoperitoneali, che si atteggiano a corona di rosario, è giuocoforza rinunciare ad ogni progetto di cura radicale. L'insistere in queste condizioni nell'esportazione dell' utero è un errore, non solo perchè le speranze di una guarigione radicale sono assai menomate, ma anche perchè, qualunque sia il processo, quando il male è così avanzato l'operazione riesce assai ardua, ed i pericoli sono incomparabilmente maggiori che non ad utero mobile.

Solo in via eccezionale ricorro ancora in queste circostanze all'esportazione totale, quando cioè i focolai al di fuori dell' utero sono molto profondi, e la rimozione delle superfici ulcerate, secernenti e sanguinanti, presenta le migliori probabiltà perchè la donna rimanga a lungo libera da ulcere cancerose aperte (1).

In vista della circostanza poco incoraggiante che il maggior numero delle cancerose si sottopone troppo tardi alle cure dell'uomo dell'arte, si affaccia la questione se in questi cancri del collo si possa fare ancora qualche cosa di più attivo di una semplice cura sintomatica coi soliti narcotici, astringenti e disinfettanti. Io non esito a rispondere affermativamente e, dato anche sia piccolissimo il numero delle donne salvate così per un certo tempo, non ci sembrerà fatica inutile, perchè la cura operativa è ancor quella che è meglio in grado di ovviare ai sintomi di questi casi così detti inoperabili, ed, in ogni modo, è più atta a rialzare lo spirito depresso di queste infelici, che non una prescrizione puramente medica.

Finchè manca ogni sintomo molesto, come ho visto talvolta in vecchie signore, mi astengo da ogni cura locale. Pur troppo però questi casi sono molto rari. Se i sintomi si fanno evidenti bisogna agire; e se non vi ha possibilità di una cura radicale, terremo di vista specialmente i tre sintomi principali, l'emorragia, lo scolo fetente ed i dolori. L'emorragia dalla massa del tessuto affetto ed infiltrato si presenta con abbondanza assai varia, ora in forma di un semplice gemizio di un liquame tinto in sanguigno, ora di voluminosi coaguli di sangue, commisti a frammenti di tessuto canceroso. Io sono convinto che l'unico modo per frenare queste emorragie sia nel distruggere la superficie del neoplasma, e farsi così strada alla base infiltrata. Anche per combattere la disgregazione saniosa del neoplasma è indispensabile metterne allo scoperto la base. È sorprendente anche il vedere la scomparsa dei dolori, spesso da lungo tempo ribelli alla morfina, non appena si sieno demolite le masse vegetanti.

---

(1) Vedi anche Winter, Soc. di Ost. e Gin. 1° Febbr. 1892.

Per distruggere le granulazioni ci possiamo servire del cucchiaio tagliente, col quale, messa opportunatamente allo scoperto la superficie ulcerata, e sotto l'irrigazione permanente, si esportano dal fondo indurito le masse vegetanti. I punti più duri e specialmente gli orli irregolari nei fornici vengono esportati col bistorì o colle forbici.

La cavità, che ne risulta, si riempie con batuffoli di cotone imbevuti nella soluzione officinale di percloruro e assicurati a lunghi fili. Si riempierà saldamente la cavità come nella impiombatura di un dente.

Ho adottato l'uso del percloruro di ferro, dopo aver tentato i diversi caustici, potenziali ed attuali. Per diversi motivi ho dovuto rinunciare agli altri caustici. Anzitutto incontrai spesso notevoli difficoltà ad arrestare l'emorragia; anzi qualche volta la perdita di sangue durante l'operazione o le emorragie consecutive diedero luogo a fenomeni minacciosi; due volte questa anemia estrema fu causa di morte. Dacchè uso il metodo di sutura, che ora descriveremo, non ho più avuto perdite rilevanti di sangue, nè durante, nè dopo l'operazione. In secondo luogo l'uso della maggior parte dei caustici offre grandi difficoltà non potendosene delimitare l'azione. Più d'una volta nel corso della convalescenza, specialmente in seguito all'uso del cloruro di zinco, ho visto verificarsi delle lesioni della vescica e del retto, che rendevano ancora più intollerabile il male, di quanto probabilmente sarebbe avvenuto nello stesso spazio di tempo lasciando le cose a sè. In terzo luogo la cicatrizazzione dopo l'uso del percloruro, ed anche dopo le suture, mi pare molto più rapida e completa.

È rarissimo che l'emorragia pel raschiamente sia rilevante. Una volta facevo uso più frequente che non ora della legatura provvisoria delle arterie uterine.

Si può con essa ridurre l'emorragia ad un minimum. I fili si lasciano in posto, finchè sia compiuta la cicatrizzazione della superficie, e tolto perciò ogni pericolo di emorragia.

Quando è possibile, dopo il raschiamento io suturo le pareti della cavità. La sutura del moncone uterino si può fare in due modi. Si tira in basso il moncone, e si impiantano gli aghi dall'orlo della ferita vaginale, passando sotto a tutta la superficie cruenta, fino all'orlo della mucosa del collo o del corpc sul moncone. La ferita così limitata vien chiusa stringendo energicamente i fili; si viene cosi ad affrontare il margine dell'orificio uterino col margine della ferita vaginale (fig. 137 a a,). Analogamente si possono riunire tutt'intorno al collo i margini della soluzione di continuo per mezzo di fili profondi; le parti che non sono suscettibili di esser portate a contatto col moncone, vengono per lo meno strette fortemente fra di loro.

Questo genere di sutura presuppone sempre una certa mobilità del corpo dell'utero. Se la mobilità non è sufficiente, si può ancora tentare

una specie di sutura, riunendo alla meglio in vagina i margini della ferita in direzione orizzontale e portandoli a contatto col moncone.

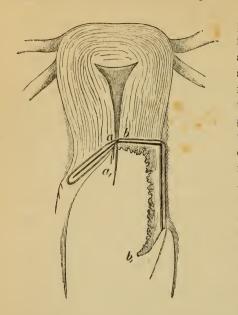



Fig. 137. — Escisione di un cancro del collo, così detto inoperabile, con sutura : *ab*, margini del canale cervicale sul moncone. *a'b'*. margini verso la vagina.

L' altro metodo di sutura piglia punto d'appoggio in tutto il connettivo pelvico, che si viene ad abbracciare in grande estensione mediante punti da materassaio. Se cioè la mobilità è tanto limitata da non potersi eseguire una sutura col moncone uterino, nemmeno parzialmente, cosa che in questi casi può benissimo accadere, e se la cavità a pareti rigide è immobile e fissa nel profondo della vagina, io ho adottato in questi ultimi anni un trattamento della ferita con sutura, da preferirsi a tutti gli altri metodi di emostasi. In vagina tutt'intorno al profondo cratere, concentricamente al canale uterino, applico dei punti robusti in modo da formare una linea continua sulle pareti anteriore, posteriore e laterali della vagina (fig. 138).

Se è possibile porre questi punti all'infuori del campo d'infiltrazione, l'efficacia ne è maggiore; se questa sutura non si può fare, faccio passare i fili attraverso alla zona infiltrata, per quanto incerto debba riuscir dopo lo stringerli.

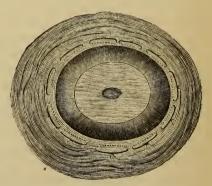



Fig. 138. — Sutura dei fornici.

La cavità rimasta beante, cosparsa di iodoformio o di percloruro di ferro, vien poi tamponata con cotone.

In queste suture tralascio per lo più di accorciare i fili, per aver su di essi un punto di presa in caso di una emorragia consecutiva. La massa dei fili si adagia sulla cavità tamponata, e si termina con ulteriore tamponamento della vagina con cotone. Mi servo di cotone preparato, che fra tutti i materiali è per me

quello che presenta minori inconvenienti. I tentativi con iuta, garza e con crine vegetale mi hanno dato risultati meno soddisfacenti, per cui sono tornato definitivamente all'uso del cotone.

La cura consecutiva è della massima semplicità. Nei casi in cui il moncone fu completamente rivestito di mucosa, tengo a riposo le pazienti per otto o dieci giorni, togliendo al secondo o al più tardi al terzo giorno i tamponi vaginali; poi a poco a poco si tolgono i punti.

In questo frattempo si tiene la donna a letto, si praticano lavature disinfettanti, si cura opportunatamente la nutrizione, cercando di dare alimenti sostanziosi. Se insorgono dolori, si ricorre alla vescica di ghiaccio o alle iniezioni di morfina.

Se la cavità fu tamponata con cotone, lo si lascia per due giorni, poi lo si toglie, e solo nei casi di spiccata tendenza alle emorragie si applica un nuovo tamponamento; in tutti gli altri casi si riporta la donna nel suo letto senz'altra medicazione, e la si lascia così per cinque o sei giorni, continuando le irrigazioni disinfettanti, prima di eccitare la cicatrizzazione della ferita toccando il moncone con tintura di iodio o percloruro di ferro, o ricoprendolo con cotone al sublimato o con batuffoli all'iodoformio.

Certo nei cancri così avanzati è abbastanza frequente veder accennarsi una recidiva, prima che sia avvenuta la cicatrizzazione completa. Solo in caso di forte emorragia e profusa secrezione mi decido a ripetere immediatamente il raschiamento e la cauterizzazione. Non di rado, e questo mi pare un risultato non disprezzabile nella cura dei cancri così detti inoperabili, la recidiva assume la forma di nodosità o di infiltrazione diffusa, al di sotto della superficie che rimane integra, sicchè la paziente vien poi a soccombere, senza che in vagina si sieno riprodotte le ulcerazioni. In questo modo mi è riuscito varie volte di liberare queste infelici pel tempo, che loro rimane di vita, dalle emorragie, dalle perdite, e talvolta anche dai dolori.

L'odore detestabile della profusa secrezione non si può sempre cancellare coll'iodoformio o col sublimato; molto più efficaci riescono le irrigazioni con acqua ossigenata (3 %) e timol (1 ‰).

Nei casi di infiltrazione più avanzata non resta che l'uso di irrigazioni con aggiunta di acido pirolegnoso, di percloruro di ferro, di sublimato, di acido fenico e simili, oltre all'ampio uso di iodoformio, morfina, ecc. Anche i semicupì tiepidi e le irrigazioni rettali possono contribuire ad alleviare le sofferenze.

I disturbi vescicali possono rendere necessario il frequente cateterismo, finchè la perforazione verso la vagina porti infine un certo sollievo. Analoghi disturbi sono dati dalla infiltrazione della parete intestinale, finchè anche questa cade in necrosi.

Alcuni anni fa ci giunsero dall'America notizie tanto sorprendenti

sulla cura elettrolitica dei carcinomi (1), che io credetti un dovere di sottoporre alla prova queste affermazioni. Ho perciò sottoposto alla cura coll'elettrolisi un numero ragguardevole di cancri; il risultato finale fu sempre assolutamente negativo, sicchè ho desistito da ulteriori tentativi in questa direzione.

La complicazione della gravidanza col cancro giustifica a mio parere l'esportazione totale dell'utero, solo quando il cancro si possa ancora portar via completamente (2). Allora credo sia indicata l'estirpazione dell'utero coll'uovo. Una operazione palliativa per un cancro così detto inoperabile in una gravida mi sembra giustificata solo quando la gravida versa in condizioni intollerabili per l'emorragia, per lo scolo e pei dolori. Certo che la continuazione della gravidanza viene così seriamente minacciata, poichè assieme ai rari casi di completa indifferenza dell'utero verso questi atti operativi, in una percentuale elevata si ebbe per l'operazione sul collo l'espulsione dell'uovo (3). Alla fine della gravidanza la terapia si regolerà sull'estensione del cancro al collo. Se è limitato, il parto può ancora effettuarsi per le vie naturali, ed anche, data una affezione molto avanzata, si è constatato qualche volta un rilasciamento inaspettato dei tessuti colpiti, che non pongono allora più ostacolo all'espulsione naturale. Ma se tutti gli organi pelvici sono interessati nel male, se il passaggio del feto non può avvenire senza profonde contusioni delle parti molli del bacino, allora preferisco il taglio cesareo, il quale, praticato in epoca di elezione e coi necessarî preparativi, offre una prognosi assai migliore per la madre e per il feto.

Una donna operata da E. Martin nel 1875 per questa indicazione morì in 3.ª giornata per emorragia dovuta al precoce riassorbimento dei fili di catgut, che allora non si aveva appreso ancora a preparare convenientemente.

II. *Cancro del corpo.*

Colla frequenza del cancro del collo fa contrasto la rarità relativa del cancro del corpo.

Il cancro del corpo è molto più comune nelle donne attempate, verso l'età critica: assai raramente se ne trovano dei casi prima dei 30 anni. Lo si trova con una certa frequenza in vecchie, che clinicamente si potrebbero riputar sane, donne che hanno superato senz'ombra di disturbo l'involuzione senile, e ad un tratto senza causa apprezzabile

---

(1) American Journal of Obstetrics, 1881.

(2) Per tale indicazione io non ho ancora avuto occasione di operare che una sola volta. Una di queste pazienti si rifiutò all'operazione (Vedi anche Gordes. Schwangerschaf und Neubildung, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XX).

(3) Benicke, Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. I. — Frommel. Zeitschrift V. p. 158. — Stratz Zeitschr. XII.

vedono accennarsi di nuovo delle perdite sanguigne. Particolarità questa che ci spiega in parte il fatto, che il cancro del corpo è relativamente più frequente nelle nullipare, che non in donne che hanno partorito.

Dal punto di vista anatomo patologico si sa che il cancro del corpo quasi sempre, se non sempre, ha origine dall'apparato ghiandolare, sia

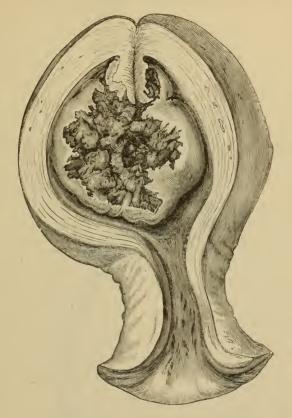



Fig. 139. — Cancro del corpo. Isterectomia il 18 Febbraio 1882.

questo o no alterato (1). Certo che qualche volta lo si vede susseguire ad una endometrite ghiandolare, dal che questa affezione ritrae un particolare interesse (fig. 139, 140). Appunto qui fu ripetutamente constatato al microscopio il passaggio dall'adenoma al carcinoma. Di solito il cancro del corpo si comporta come una infiltrazione diffusa; raramente dà luogo a forti prominenze circoscritte, cioè ad una forma poliposa. Nell'ulteriore sviluppo è caratteristica pel cancro del corpo la rapida

(1) Ruge e Veit, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. VI 261, e Veit, Deutsche Med. Wochenschr. 1883.

mortificazione, a cui vanno incontro i tessuti infiltrati, in causa dell'insorgenza in seno ad essi di profonde ulcerazioni e corrosioni. Per questa via la diffusione del cancro cammina assai rapida verso il peritoneo, e lo invade prima che siasi esteso in basso fino al collo, e siasi così reso accessibile al dito esploratore (fig. 140).

I sintomi del cancro del corpo sono l'emorragia e l'aumento di se-

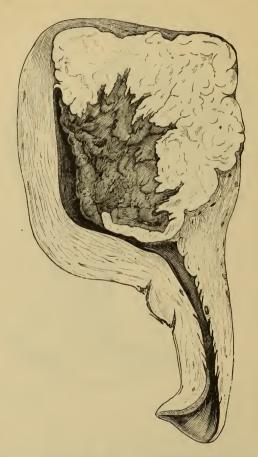



Fig. 140. — Il preparato della figura antecedente in sezione trasversale.

crezione. L'emorragia nelle donne meno vecchie può presentare anche il tipo mestruale; nelle più attempate si palesa nella colorazione rossastra della secrezione, od anche in una vera perdita copiosa di sangue. La secrezione in principio si differenzia poco da quella dell'endometrite; più tardi assume un fetore caratteristico, e contiene spesso particelle più o meno voluminose della superficie ulcerata. La secrezione può es-

ser trattenuta nel corpo o nel collo, e dar luogo qui ad ampie raccolte, senza per questo trasportare su questi punti la affezione maligna. I do-

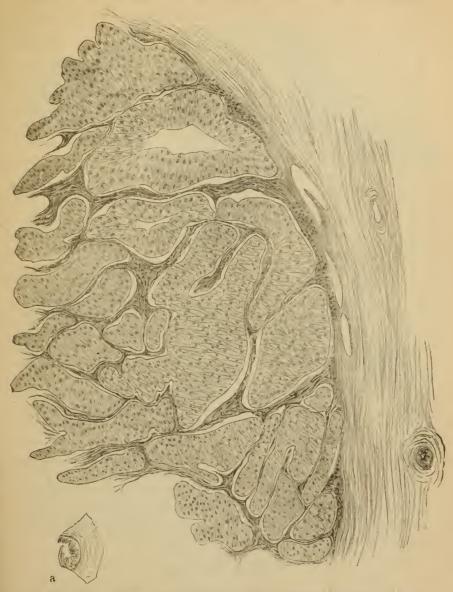



Fig. 141. — Aspetto microscopico secondo Ruge e Veit — *a* grandezza naturale del preparato.

lori non dipendono tanto dall'estensione del male in sè, quanto dal fatto che per l'infiltrazione l'utero non può facilmente evacuarsi dal suo con-

tenuto, mentre d'altra parte il male invade il peritoneo, e questa invasione dà luogo a sintomi di irritazione peritoneale, poi ad aderenze cogli organi vicini.

Nessuno dei sintomi clinici è sufficiente per assicurare la diagnosi di cancro del collo. Certo è cosa che deve richiamare l'attenzione il vedere dopo la menopausa ripresentarsi delle perdite sanguigne atipiche. Se con un collo sano troviamo il corpo un po' ingrossato, di una speciale mollezza, sensibile; se dal corpo fluisce uno scolo, che va aumentando in quantità e che è dotato di cattivo odore; se eventualmente si trovano alla superficie dell'utero degli ispessimenti nodosi od una infiltrazione estesa, si potrà sospettare di un cancro del corpo: la certezza assoluta si acquista solo coll'esame microscopico dei prodotti del raschiamento (fig. 141). Nel raschiamento si userà estrema prudenza, perchè i tessuti infiltrati e mortificati, ove si impianta il carcinoma, sono facili a lacerarsi, e si stabilirebbe allora fra l'utero ed il cavo addominale una comunicazione, che di solito accelera assai la catastrofe finale, a meno che per l'interessamento del peritoneo l'utero abbia contratto aderenze cogli organi vicini, e sia tolta ogni comunicazione fra il punto leso e la cavità addominale.

La terapia del cancro del corpo non può consistere che nel rimuovere il tessuto affetto. Finchè il male non si è ancora diffuso, resta la scelta fra l'estirpazione vaginale dell'utero e la sua amputazione sopravaginale. L'estirpazione per la via della vagina in non pochi di questi casi incontra alcune difficoltà, in causa del volume dell'utero malato, e della lacerabilità del tessuto. Vi si aggiunge spesso una considerevole angustia della vagina. Perciò, se l'aumento di volume del corpo è notevole, si penserà alla esportazione dell'utero mediante laparotomia.

Il risultato farevole dell'estirpazione del cancro del corpo trova la sua spiegazione nei rapporti anatomici del corpo stesso. L'unico caso di recidiva da me osservato si manifestò dopo 4 anni, in forma di degenerazione cancerosa in un ovaio lasciato in posto.

Se la malattia è tanto avanzata da togliere la possibilità di una esportazione radicale, non resta che una cura sintomatica, che per lo più dovrà proporsi di svuotare la cavità uterina, raschiarne con grandi cautele le pareti e, posto allo scoperto il substrato del male, cauterizzarlo, specialmente col percloruro di ferro, per arrestare, foss'anche solo temporaneamente, l'emorragia e la secrezione.

c) Sarcoma dell'utero.

Questo neoplasma può colpire l'utero, sia in forma di sarcoma della mucosa, sia in forma di sarcoma del parenchima (1). Appartiene però

---

(1) Schröder, Trattato, p. 220. — Keller. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XX. — Kleinschmidt, Archiv. f. Gyn. XXXIX. — Sänger, Centr. f. Gyn. 1891, p. 181. — Pfannenstiel, ibid. p. 855.

sempre ai fatti più eccezionali, e finora sono relativamente assai scarsi i casi conosciuti.

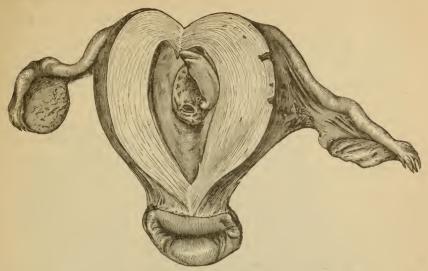



Fig. 142. — Sarcoma del corpo dell'utero. Estirpato il 3 Febbraio 1884.

a) Il sarcoma della mucosa si sviluppa precocemente con preferenza marcatissima per le nullipare; sembra che esso provenga dalle cellule del connettivo interghiandolare. Per lo più assume la forma di sarcoma parvicellulare, più di rado quella a cellule fusate, formando delle vegetazioni sporgenti nella cavità uterina, che possono dar origine ai sintomi caratteristici dei polipi mucosi. In altri casi il male si estende di più in superficie, e per disfacimento può aversene usura della parete uterina, diffusione al peritoneo ed oltre. I sintomi di questa forma di sarcoma sono le perdite leucorroiche e l'emorragia. Il terzo sintomo delle neoplasie maligne, il dolore, può mancare, ma talvolta occupa invece il primo posto, come in uno dei miei casi. La donna si lamentava di vivo dolore intollerabile al basso ventre, che assumeva un carattere periodico, il solo sin-

Fig. 143. — Aspetto parziale del preparato precedente.

tomo che la spinse a farsi operare, mentre l'emorragia e la secrezione erano piuttosto limitate.

Il reperto nel sarcoma poco differisce da quello che si ha nelle altre affezioni maligne. L'utero si trova aumentato di volume, sensibile, il collo beante. Nell'orifizio uterino il dito urta contro vegetazioni di particolare consistenza molliccia. Ma anche qui non si incontra nulla di specifico, ed è solo l'esame microscopico che ci fornisce la possibilità di una diagnosi (vedi fig. 144). La diagnosi, specialmente in casi di pregressi

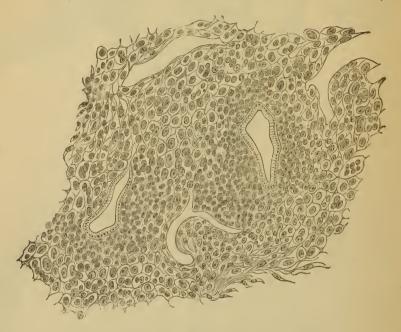



Fig. 144. — Aspetto microscopico del preparato precedente.

aborti, deve essere ben ponderata, tanto più che la prognosi del sarcoma è seriamente riservata.

La terapia, come nel cancro, deve proporsi l'ablazione di tutto ciò che è malato; eventualmente ci dovremo limitare ad una cura sintomatica colla distruzione del tessuto morboso, per frenare, foss'anche per breve tempo, l'emorragia, la secrezione e i dolori.

b) Il sarcoma del parenchima uterino, detto dallo Schröder *sarcoma fibroide*, consiste essenzialmente in una degenerazione sarcomatosa di fibromiomi circoscritti. Due casi da me osservati (vedi sopra) (fig. 142 e 143) constatano in modo esplicito quanto ne dice Schroeder. Questo sarcoma fibroide, al pari del fibromioma, si sviluppa per lo più nel corpo, e macroscopicamente nei primi stadî non lascia distinguere altro che le

modificazioni proprie dei fibroidi. I tumori, che ne risultano, vengono a trovarsi al disotto della mucosa, la sollevano al pari dei polipi; hanno una sezione bianca, omogenea, umida, lucente, e si continuano per un largo peduncolo col parenchima uterino.

La degenerazione maligna può anche svolgersi in polipi fibrosi a peduncolo sottile. Al microscopio vi si trovano cellule rotonde o fusate fra gli elementi fibromiomatosi e le ghiandole (fig. 144). Le cellule proliferate si trovano anche riunite in grossi mucchi. Anche per questa forma sono caratteristiche l'emorragia e lo scolo fetido, nonchè il rapido accrescimento del tumore. Come nei polipi, vi possono insorgere dei dolori, cosicchè anche nelle manifestazioni esterne questa forma di sarcoma si approssima spesso al fibroide.

La terapia è la stessa che si adotta negli altri neoplasmi maligni.

d) Tubercolosi dell'utero.

La tubercolosi dell'utero non offre per sè fenomeni salienti o caratteristici. Questa sede di localizzazione della tubercolosi è rara in confronto con altri organi (vedi: malattie tubercolari della tuba). Per la diagnosi ha importanza decisiva l'eventuale reperto dei bacilli.

In un caso proprio Zweifel ha constatato un'ulcera luposa della cavità uterina (1).

---

(1) Zweifel. Centralbl. f. Gyn. 1890. p. 794: vedi anche le osservazioni più recenti di Haidenthaller, Wiener klin. Wochenschr. 1890. p. 658, e di Guzzoni, Rivista di Ostetr. e Ginec. 1891.

IV. Operazioni sulla vagina.

1. — Fistole vescico-vaginali.

Le comunicazioni fra la vescica ed il canal genitale sono quasi sempre una conseguenza di lesioni verificatesi nell'atto del parto. È rarissimo che si tratti di perforazioni immediate della parete vaginale, dovute ad intervento operativo; assai più comunemente nel decorso del parto si determina in essa parete una necrosi da compressione, che dopo parecchi giorni, per caduta del tessuto necrosato, porta alla formazione di una fistola. Perciò le fistole risultano per lo più dagli spontanei processi del parto.

La compressione a lungo protratta del feto sulla parete pelvica anteriore è la causa della necrosi dei tessuti strozzati e contusi, dietro e sopra la sinfisi. Concorda con questa ipotesi l'osservazione che le fistole sono più frequenti in quei paesi, ove per deficienza di personale medico le partorienti sono più esposte ad una eccessiva durata di un travaglio laborioso. È indubitato che una pressione anche violenta, ma di breve durata, dà molto meno facilmente origine ad una necrosi tanto profonda da risultarne una comunicazione colla vescica. Fra le altre cause, che possono dar luogo allo stabilirsi di una fistola, noto l'uso dei pessarî, specialmente del pessario di Zwanck, dal quale finora ho già veduto 9 volte causata una fistola; poi le malattie della vescica per presenza di calcoli, e le ulcerazioni della vescica. Anche una ulcerazione nel canal genitale può portare alla formazione di una fistola: un modo non affatto raro di insorgenza lo abbiamo nella distruzione della parete vaginale per la presenza di un cancro. Io ho visto una fistola occasionata da un rocchetto introdotto in vagina a scopo di masturbazione. Altre fistole derivano dalla migrazione di fili di legatura abbandonati nelle laparotomie, e appunto queste fistole si contraddistinguono per la loro tendenza ad una guarigione spontanea.

Durante il parto la vescica è portata tanto in alto e fuori del piccolo bacino, che per lo più è solo il suo segmento inferiore che viene a trovarsi dietro la sinfisi, là dove la testa fetale è in grado di esercitare

la compressione. Sono eccezionali i casi, in cui la vescica si trova con un segmento più ampio della sua parete posteriore nel campo di questa compressione, nonchè quelli in cui viene colpita l'uretra più in basso del suo orificio interno. Da parte del canal genitale è appena da tenersi conto del corpo dell'utero: anzi, in vista dei rapporti tra vescica e cervice uterina, è solo in condizioni patologiche che si potrà ammettere l'insorgenza di una comunicazione tra il corpo e la vescica. Anche il collo, ad eccezione delle sue labbra, assai raramente corre il pericolo di venir contuso: più frequentemente la compressione interessa il fornice vaginale e la parete anteriore della vagina in tutta la sua estensione. L'uretere è ben difficile che capiti nella zona compressa, e che pigli perciò parte alla necrosi ed alla formazione della fistola.

Le fistole, in causa degli irregolari stiramenti che i tessuti subiscono durante il parto, si trovano ora sulla linea mediana, ora lateralmente: il loro decorso per lo più è brevissimo, i margini presentano retrazione cicatriziale, il lume dell'apertura può oscillare tra la grossezza di un capello e l'ampiezza di un foro occupante tutta la parete vaginale. Per la retrazione cicatriziale le fistole assumono le più strane e diverse forme. Di solito la mucosa vescicale si caccia nel lume della fistola, se appena questa è un po' ampia, ed appare allora in vagina come una massa di color rosso vivo, di aspetto vellutato. In taluni casi l'orina mantiene a lungo la sua normale composizione, nel qual caso anche la mucosa vaginale e la vulva non offrono una rilevante reazione al continuo contatto con questo liquido. In altri casi, specialmente se l'urina si altera, determina una intensa reazione nelle parti che essa bagna: da ciò anche estese ulcerazioni e perdite di sostanza, con deposito di sali urici e formazione talvolta di incrostazioni diffuse.

L'importanza clinica di una fistola è assai variabile, a seconda della sua sede. La forma più comune, da quanto si disse, è la fistola *vescico-vaginale* (fig. 145). Questa fistola può essere rotonda od ovale, od anche in forma di fessura: il canale fistoloso è brevissimo, i margini assai assottigliati. La fistola decorre obliquamente nello spessore del setto vescico-vaginale. In altri casi la si trova nel fornice, immediatamente a ridosso del collo (fistola *vescico-vaginale profonda*) (fig. 146). Assai più irregolari nel decorso e nei margini sono le fistole, cui piglia parte l'utero. In queste fistole *vescico-utero-vaginali* (fig. 147) può il labbro anteriore essere profondamente squarciato, od anche può la fistola sboccare profondamente nel collo ed essere conservata la forma dell'orificio esterno.

Le fistole *vescico-cervicali* non sono poi così rare, come si potrebbe desumere dalla scarsa letteratura in proposito (fig. 148). In un numero non piccolo di parti difficili per stenosi pelvica, sentiamo le puerpere lamentarsi di incontinenza vescicale, e di scolo dell'urina per la vagina. È allora difficile stabilire se l'alterazione del secreto lochiale per miscela

di urina dipenda da sgocciolìo involontario per incontinenza uretrale, o

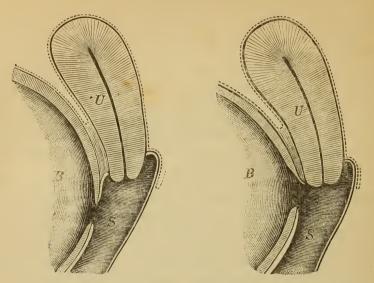



Fig. 145 e 146. — Da Schröder; B vescica, S vagina U utero.

da vera perdita attraverso ad una fistola. Per intanto la lentezza della

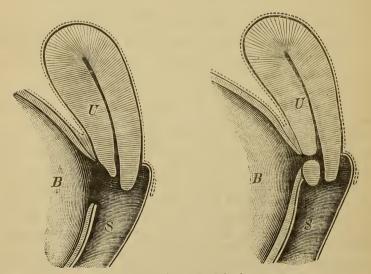



Fig. 147 e 148. — Da Schröder.

convalescenza in questi parti laboriosi fa parere inopportuno il togliere subito le pazienti dal letto per constatare le circostanze di fatto. Dopo

4-6 giorni i disturbi scompaiono, del resto si è sempre osservata l'emissione per l'uretra di una certa quantità d'urina. Quando poi la donna lascia il letto non si lamenta più di alcun inconveniente. È verosimile che lo sgocciolìo di urina in questi casi sia appunto da riferire ad un trauma del genere indicato. Queste fistole vescico-cervicali hanno appunto, io ne sono convinto, una particolare disposizione alla guarigione spontanea, poichè per l'involuzione del collo, per l'inspessimento delle sue pareti, per i mutamenti di posizione dell'utero puerperale, il canale fistoloso viene ad essere deviato ed occluso: ciò mette sulla via di una guarigione spontanea.

Le lesioni dell'uretra per lo più sono fatti concomitanti le lesioni del setto vescico-vaginale: ma l'uretra può venirne distrutta in grande estensione, ed occludersi anche quel tratto che ne rimane, sicchè l'uretra non è più rappresentata che da un canaletto a fondo cieco (fig. 149).

Fig. 149. — Fistola uretro-vaginale.

Aderenze e stiramenti possono subire anche la vescica e la vagina, sicchè la forma di questi organi ne viene alterata nel modo più irregolare, e non di rado il parto laborioso, che ha dato origine all'abnorme comunicazione, porta ad occlusione del lume vaginale, a concrescimento degli organi vicini e ad estese stenosi cicatriziali.

Negli ultimi tempi ho osservato due casi di fistola *uretrale* successiva a colporrafia, senza che nulla nel decorso della convalescenza facesse sospettare di una lesione durante l'operazione, neppure per una puntura d'ago: le due donne assai avanzate in età, che ambedue si facevano notare per la spiccata mancanza di adipe ai genitali, presentarono una ulcerazione al tubercolo uretrale, che terminò colla formazione di una fistola.

Le fistole *ureterali* hanno sede in alto nei fornici, a lato del collo. Per lo più sono piccole aperture, che decorrono obliquamente nella pa-

rete vaginale. È spesso difficile il metterle in evidenza in mezzo al tessuto cicatriziale che le circonda; si riconoscono perchè l'urina ne esce intermittentemente. Talvolta la retrazione cicatriziale le stira in modo che l'urina esce per la vagina solo in data posizione del corpo, mentre in altri casi prende quasi sempre questa via.

Sintomo essenziale delle fistole vescico-vaginali è la perdita involontaria delle urine. E raro che essa si manifesti subito dopo il parto, più spesso dal terzo al quinto giorno. Parecchie volte l'urina trattenuta in condizioni normali, scola per la vagina solo in date posizioni del corpo. Talvolta la perdita involontaria si presenta saltuariamente in certi giorni, mentre in altri viene evacuata tutta per l'uretra. Però nelle fistole più ampie tutta l'urina va perduta per la vagina. Dalle fistole uretrali esce l'urina solo durante il mitto, sicchè l'alterazione si fa palese solo in questo momento. Dalle fistole ureterali di solito si versa in vagina una quantità non molto abbondante di urina, mentre l'urina proveniente dall'altro uretere sano passa in vescica, la distende, e provoca di tempo in tempo il bisogno di urinare.

Ho già accennato alla varietà degli effetti irritanti locali dell'urina sui tessuti con cui viene a contatto. Per lo più essa in vagina si decompone, e dà luogo al disgustoso odore che ravvolge queste disgraziate donne, e che permette talvolta di stabilire la diagnosi da lontano. Sulla fecondità queste fistole non esercitano sempre un'influenza dannosa: sebbene le coabitazioni siano difficoltate per le nauseanti condizioni de genitali e pei dolori che vi si determinano, queste donne però possono rimaner gravide e partorire, sempre si intende tenuto calcolo delle condizioni del bacino e delle alterazioni nelle parti molli.

La diagnosi delle fistole vescico-vaginali si può per lo più stabilire immediatamente. Se la comunicazione è piccola, può tornare difficilissimo lo stabilirne l'esistenza: se non vi si riescisse col mettere allo scoperto il fornice mediante uno speculum univalve e divaricando le pareti laterali della vagina, bisognerà ricorrere a minuziose esplorazioni o colla sonda, o con iniezioni di liquidi colorati in vescica, per poter constatare la fistola, e renderla accessibile all'occhio. In altri casi la retrazione cicatriziale chiude la via alla fistola, e per farsi strada fino ad essa ed al fornice bisogna incidere e distendere le briglie neoformate. Particolari difficoltà si possono incontrare nelle fistole vescico-cervicali e nelle ureterali. Nelle prime per lo più si ottiene lo scopo colla sonda: nelle ultime occorre una grande pazienza per poter constatare il caratteristico sgocciolamento dell'urina: si può del resto anche qui stabilire col sondaggio la natura della fistola. Molto facilitata è la diagnosi dalla illuminazione della vescica col cistoscopio elettrico di Nitze.

La prognosi non è così infausta come potrebbe credersi; è presumibile che alla nostra osservazione capitino solo quelle, tra le fistole, che

non guariscono spontaneamente; oppure la guarigione spontanea può ancora avverarsi dopo lunga durata del male in un numero di casi difficili a valutarsi, per retrazione cicatriziale, ravvicinamento dei margini ed obliterazione della fistola.

La guarigione per via operativa si può dire quasi assicurata, specialmente dopo l'introduzione dello speculum di Sims (1), e sotto l'influenza di Simon (2), sicchè la prognosi è assai migliorata anche per quelle fistole, che non guariscono spontaneamente (3).

Terapia. — Nei casi recenti si potrà tentare di favorire la guarigione spontanea della fistola mediante l'uso di un catetere di Nélaton lasciato a permanenza in vescica. Se la fistola non guarisce così, si potrà ancora tentare la cauterizzazione dei margini della fistola, per provocarne la retrazione ed eventualmente la chiusura completa.

A questo scopo si cauterizza il canale fistoloso, od una zona di parete vaginale per un cent. dal margine della fistola, con nitrato d'argento, tintura di iodio, caustico di Vienna, o col ferro rovente, e la cauterizzazione si ripete in questo modo ad intervallo di diversi giorni.

Non è raro il vedere queste fistole recenti guarire così in 3 a 4 settimane. Solo nel caso che tale tentativo non riesca, rinuncio alla possibilità di unaguarigione per cauterizzazione, e ricorro al bistorì. Di solito si lasciano passare 6 a 8 settimane dal parto prima di tentare l'operazione.

Una condizione indispensabile per l'operazione della fistola è che si possa mettere completamente allo scoperto il suo sbocco in vagina. Perciò si potrà procedere immediatamente all'operazione, solo quando non esista una estesa retrazione cicatriziale nel pavimento pelvico. Se una tale retrazione esiste, e il lume della vagina ne è reso angusto; se il pavimento pelvico è deviato asimmetricamente e poco distensibile in causa delle cicatrici che si diramano dalla fistola; se non è possibile rendere liberamente accessibili alla vista i margini della fistola, bisogna premettere all'operazione una cura preparatoria. In ogni caso, prima di accingersi all'operazione, bisogna siano guariti gli stati irritativi nei contorni della fistola ed ai genitali esterni, e a ciò gioveranno i semicupii, il riposo a letto, l'aspersione di iodoformio sulle lesioni della vagina, e più che tutto le cure che abbiano per scopo di ristabilire la normale composizione dell'urina. Per rendere accessibili le fistole in caso di aderenze cicatriziali Bozeman (4) ha introdotto un metodo di prepa-

---

(1) Sims ha il merito di aver reso possibile l'accesso diretto alle fistole; in confronto di ciò, il suo metodo di sutura coi fili d'argento passa in seconda linea. — *Amer. Journal* of. med. Sciences, Jan. 1852.

(2) Simon, coll'esattezza della cruentazione e colla precisione delle suture ha fatto molto per l'operazione delle fistole. — Ueber die Heilung der Blasenscheidenfistel. Giessen 1845, e Rostock 1862.

(3) Hegar e Kaltenbach, Operative Gynäkologie, III. Ed. p. 648.

(4) Remarks on vesico-vag. fist. 1876. — Annales de Gynéc. Parigi 1877, p. 108-116.

razione che ha dato risultati straordinarî. Colla dilatazione graduale delle cicatrici, col distacco di aderenze patologiche, e colla metodica adozione dei provvedimenti necessarî a mettere in piena luce il campo della fistola, Bozeman è arrivato a rendere suscettibili di cura un gran numero di fistole vescico-vaginali, la cui guarigione diretta si sarebbe un tempo ritenuta impossibile.

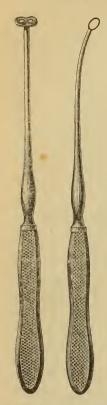



Fig. 150. — Torcifilo di E. Martin.

L' operazione nei casi comuni di fistola vescico-vaginale si farà nella posizione dorso-sacrale, mettendo in luce la fistola nel solito modo e coll'aiuto di pinze uncinate e di valve: per orientarsi dalla parte della vescica si fa uso della sonda o del catetere. Coll'irrigazione permanente si evita la necessità di toccare i tessuti con batuffoli di cotone. Si escide il margine della fistola, in modo da esportare un anello completo attorno allo sbocco, e si rimuovono tutti i tessuti rigidi. La superficie di cruentazione si estende sempre più dal lato della vagina che non da quello della vescica; la mucosa vescicale si esciderà, solo se è interessata anch'essa nella formazione della cicatrice. E a seconda dei casi la incisione dovrà essere più o meno a picco, ed oscillerà anche la quantità di tessuto da esportarsi. La sutura si farà nella direzione che meglio permette l'affrontamento dei margini della fistola, senza troppo distenderli. Si impianta poi l'ago ad opportuna distanza dal bordo, facendolo passare sotto la superficie cruentata, per farlo risortire di solito al limite tra cruentazione e mucosa vescicale: di lì lo si torna ad impiantare nel punto corrispondente del margine opposto.

È bene collocare tutti i fili prima di passare ad annodarli. Per l'esperienza acquistata in 20 operazioni io credo che sia meno importante l' applicare fitti i fili, che non il conveniente affrontamento con pochi punti disposti a dovere. Per queste suture io faccio uso di fili d'argento che vengono serrati coi torcifili di E. Martin (fig. 150). Le estremità dei fili uso torcerle su sè stesse, senz' altra difesa. Dalla parte della vagina viene assicurato il regolare adattamento dei margini della ferita mediante fili superficiali in catgut.

Terminata l'operazione, si riempie la vescica con acqua tiepida per metterne alla prova la continenza.

In seguito all'operazione si sono proposte delle misure assai diverse: gli uni pongono un catetere a permanenza: altri fanno evacuare di tempo in tempo la vescica col cateterismo, altri infine vorrebbero che l'emis-

sione dell'orina avvenisse in modo spontaneo. Ho fatto tentativi in tutti e tre i sensi. Se possibile io permetto alle operate di urinare fin da principio da sè: si può permettere loro di alzarsi a sedere per questo scopo. Non è necessario, anzi inopportuno il costringere per molto tempo le malate ad un decubito dorsale; colle debite precauzioni si può permettere loro di mettersi sul fianco. Dopo 8-10 giorni si potranno lasciar alzare. I fili si rimuovono dal 12.° al 14.° giorno. Anche per le fistole fu proposto il metodo di sdoppiamento dei lembi: Walcher (1) escide il margine della fistola, e poi separa la vescica della vagina per fare infine due suture separate. Fritsch sdoppia i lembi senza escisione preventiva (2).

Le complicazioni dell'operazione possono in primo luogo derivare dalla eccessiva ampiezza e irregolarità della fistola. Si eviterà una cruentazione troppo estesa, e si cercherà di adattarla alla configurazione della fistola, invece di voler ridurla ad una forma prestabilità. Se l'uretra è occlusa o ristretta, bisognerà prima dell'operazione renderla pervia, ed assicurarsi del sno normale funzionamento.

Per riparare estesi difetti Bozeman ha consigliato di procurare nel periodo di preparazione un avvicinamento dei margini della ferita. Trendelenburg (Archiv. f. klin. Chirurgie XXXI) ha preso a prestito un lembo dalla parete vaginale posteriore, che dapprima viene suturato alla metà posteriore del contorno della fistola e, dopo adesione, viene isolato del tutto e fissato alla metà anteriore.

In un caso di difetto completo della parete anteriore della vagina, con retrazione cicatriziale dei margini, io ho inciso le pareti laterali al loro passaggio nella posteriore, e ho arrovesciato all'interno o verso la linea mediana i lembi così formati, in modo che la superficie vaginale guardasse verso la vescica. Le superfici cruente risultanti in vagina le ho ricoperte facendo scorrere dei lembi dalla parete posteriore (Soc. di Ost. e Gin. Berlino, Luglio 1890). Ne ebbi guarigione all'infuori di due tragitti fistolosi capillari.

Fra gli accidenti della convalescenza meritano di essere accennate in prima linea le emorragie dalla vescica. Esse non sono sempre un segno assoluto di insuccesso, e possono essere arrestate con caute irrigazioni fredde in vescica, coll'applicazione della vescica di ghiaccio, ed, occorrendo, colla lavatura della vescica mediante soluzione allungata di percloruro di ferro. Le emorragie intense però compromettono sempre il risultato dell'operazione, perchè le grosse quantità di sangue, che si raccolgono in vescica, formandovi dei coaguli, dànno origine a continue contrazioni, e disturbano perciò il coalito immediato fra i margini della

---

(1) Walcher, Centr. f. Gyn. 1889, N. 1

(2) Fritsch. ibid. 1888, N. 49.

fistola. Le piccole fistole, che talvolta residuano in corrispondenza al tragitto dei punti, non ritardano di solito che di poco la guarigione completa: basta per lo più la cauterizzazione, o una limitatissima cruentazione per determinarne la chiusura.

Le fistole cervicali ed ureterali presentano specialissime difficoltà.

Nelle prime (1) si propone o di mettere allo scoperto la fistola e chiuderla direttamente, oppure chiudere l'orificio uterino, forzando le secrezioni uterine a passare pel foro fistoloso nella vescica, e di lì evacuarsi per l'uretra. La sutura immediata della fistola io l'ho praticata in due fistole vescico-cervicali. Si può ricorrere alla posizione sul dorso, oppure, come feci anch'io la prima volta sotto l'impressione delle comunicazioni di Bozeman, alla genupettorale, mettere allo scoperto il collo, praticarvi un'ampia discissione, ricorrendo, se necessario, anche ad una preventiva legatura sui legamenti larghi, e raggiunta così la fistola, cruentarla, suturarla, e terminare colla sutura anche delle incisioni bilaterali. Nell'ultimo caso ho operato nella solita posizione dorso-pelvica. La prognosi di questa operazione è buona, e se anche non si ha guarigione immediata, però spesso la progressiva retrazione cicatriziale porta alla obliterazione della fistola. Trendelenburg ha raccomandato per queste fistole di mettere allo scoperto il tragitto fistoloso col taglio soprapubico della vescica e suturarle verso la vescica o verso la vagina (vedi anche Baum, Arch. f. Gyn. XXXIX). Wölfler (2) Follet (3) e Champneys (4) isolarono il collo dell'utero dalla vescica, per poi suturare separatamente le due aperture.

Le fistole ureterali sono estremamente difficili a curarsi (5). Si cercherà di chiuderle al disopra di un catetere previamente introdotto, oppure coll'escissione di un conveniente lembo della parete vescicale si cambierà la fistola ureterale in un uretero-vescico-vaginale, che poi si cura nel modo consueto. In casi di estesa retrazione cicatriziale l'atto operativo potrebbe interessare il peritoneo, oppure l'uretere finora pervio. La prima complicazione è la meno grave, perchè, se non vengono comprese delle anse intestinali nei punti di sutura, e se si opera asetticamente, la reazione del peritoneo non è intensa. Più seria è la complicazione derivante dall'avere stretto in uno dei punti l'uretere: ne deriva stasi minacciosa dell'urina, tanto più difficile a riconoscersi, in quanto

---

(1) Lossen, Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, IX. — A Martin, Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. IV. — Müller, Berl. Klin. Wochenschrift. 1879, 49.

(2) Società ted. di Chirurgia XVI, p. 144.

(3) Bull. de la Soc. de Chirurgie, 1886, p. 445.

(4) Transact. of Obst. Soc. London, XXX, p. 348.

(5) Simon, Wiener med. Wochenschr, 1876 p. 692. — Landau, Arch. f. Gyn. IX, p. 426. — Bandl, Wiener med. Woch. 1877. N. 30 e 32. — Hahn, Berliner kl. Wochenschr. 1879, N. 27. — Schede, Centr. f. Gyn. 1881, N. 23. — Hofmeier, Grundriss d. op. Gyn. II, Ed. p. 179.

che per l'altro uretere sano può arrivare alla vescica una discreta quantità d'urina, ed aversene una regolare e copiosa emissione. Dai sintomi della stasi urinaria si riconoscerà l' insorta complicazione, cui si rimedierà coll'immediata rimozione delle suture.

Le fistole uretero-uterine furono indicate pel primo da Bèrard (Prager Vierteljahrschrift 1846 vol. IV) poi da A. W. Freund (Kl. Beiträge zur Gyn. Fascicolo 1 e 2; poi Berl. Klin. Wochenschrift 1869 p. 504). Qui la fistola ben difficilmente si potrà mettere allo scoperto, cosicchè dopo tutto può sembrare opportuna la chiusura dell'utero. Ma anche in ciò finora non si è ottenuto un soddisfacente risultato. Zweifel nel 1878 si decise ad estirpare il rene corrispondente (Arch. für Gyn. XV). Analogamente operarono Credè (Arch. für Gynaekologie XVII) Fritsch, (Centralblatt für Gynäk. 1886 N. 1) ed infine Bardenheuer (Berl. kl. Woch. 1886).

Nei casi di completo insuccesso o di esito imperfetto, dopo ripetuti tentativi di una chiusura diretta, si è tentato di ovviare alla continua perdita dell'urina colla chiusura della vagina. L' obliterazione trasversale del lume vaginale nelle fistole inoperabili sarà sempre da riservarsi come ultima ratio; ma non sempre si raggiunge con questo metodo una vera e definitiva guarigione, prescindendo dalle difficoltà di esecuzione e dalla deformità dei genitali, che ne è la conseguenza; perchè non sempre la vagina tollera il continuo contatto coll'urina, e la stagnazione di urina, sangue e secreti uterini nel ricettacolo. Così accadde a me, come a molti altri, di dover pei vivi dolori riaprire la cicatrice, essendo lo stato della paziente peggiore dopo l'operazione che non prima.

L'occlusione della vagina si dovrà portare più in alto che sia possibile, cruentando tutto all'intorno le pareti vaginali, e riunendole l'una all'altra dall'alto al basso. Come ultima risorsa, in casi disperati, Rose (1) praticava una fistola retto-vaginale, sicchè le urine si evacuassero dal retto dopo l'obliterazione della vagina. Anche questo metodo non ha risultati troppo lusinghieri (2), e andrà perciò riservato a casi disperati. Si è anche tentato, in mancanza d'altro, di rimediare ai disturbi coll'uso di pessarî variamente foggiati secondo il caso, o con recipienti, che vengono applicati ai genitali esterni.

2. — Fistole retto vaginali.

La comunicazione tra vagina ed intestino, fistola vagino-intestinale, è, tolta qualche rara eccezione, dovuta al parto, sia per ferite dirette durante il travaglio, sia per malattie che ad esso tengono dietro. È raro che una malattia della parete intestinale, od un neoplasma, o la fusione

---

(1) Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, IX.
(2) Broese, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. X, p. 120.

di prodotti infiammatori depositati fra il retto e la vagina portino ad una comunicazione fra questi due organi. Si vede anche la parete vaginale venir perforata da pessarii, da tubi di clistere, o dalla caduta su oggetti appuntati.

Per lo più la comunicazione abnorme è tra la vagina ed il retto; di rado immette nel tenue. Il canale fistoloso è di lunghezza assai variabile, dallo spessore di un capello, fino allo sbocco a pieno canale dei due tubi l'uno nell'altro. Le pareti della fistola presentano una costituzione altrettanto variabile quanto nelle fistole urinarie: ora sono retratte per cicatrice con delle infossature, ora lisce e poco alterate.

Il sintomo di queste fistole è il passaggio in vagina del contenuto intestinale. Nelle fistole del tenue è chimo più o meno elaborato, che si versa a regolari intervalli dopo il pasto. Nelle fistole del retto si hanno feci più spesso semiliquide che consistenti. I disturbi più gravi sono sempre dati dai gaz, perchè questi fuoriescono in modo continuo, mentre le masse fecali di solito non escono che intermittentemente, con pause piuttosto lunghe. È evidente che la mucosa vaginale deve soffrire una forte irritazione per il passaggio di questo contenuto intestinale.

La diagnosi per lo più si fa colla ispezione. In rari casi di fistole esilissime fa d'uopo di maggior attenzione per scoprirle; la paziente stessa di solito è sensibilissima al disturbo prodotto dall'uscita dei gas per la vagina.

La guarigione può incontrare serie difficoltà: sono specialmente le fistole del tenue (1) che resistono spesso ad ogni tentativo di cura. Questa si può fare o colla cauterizzazione, oppure con cruentazione e sutura. Se la fistola retto-vaginale è molto in basso, in vicinanza al perineo, sarà buona regola spaccare il perineo; si può allora escidere il canale fistoloso e fare la sutura secondo i precetti dati per la plastica perineale (2).

3. — Resezione dell'orificio esterno dell'uretra.

Per rimediare all'incontinenza dell'uretra, che residua talvolta dopo la dilatazione della stessa, e per ovviare all'eccessiva ampiezza dell'orificio, che sussegue alle ulcerazioni distruttive, Franke (3) e Winckel (4) hanno proposta un'operazione che ha per scopo di restringere il lume dell'uretra.

Si escide un lembo triangolare dalla parete posteriore dell'uretra, colla base all'orificio, e l'apice all'altezza voluta sul tubercolo uretrale.

(1) Bidder, Verhandl. der deutschen Gesell. f. Chirurgie, 1885, p. 52.
(2) Czerny e Rindfleisch, Beitr. z. klin. Chirurgie, IX, p. 661.
(3) Centr. f. Gyn. 1884.
(4) Arch. f. Gyn. XXIII, 2.

Questo lembo comprende il tubercolo uretrale e la mucosa dell'uretra, L'incisione vien poi chiusa con fili applicati e annodati come nella fig. 151.

Il coalito all'orificio uretrale pare non avvenga così regolarmente come in vagina, probabilmente pel continuo contatto coll'urina. Ma, anche avvenuto il coalito, si fanno talvolta assai moleste le conseguenze della retrazione cicatriziale, e per la deformazione, che ne risulta, vanno distruggendosi gli effetti a tutta prima ottimi.

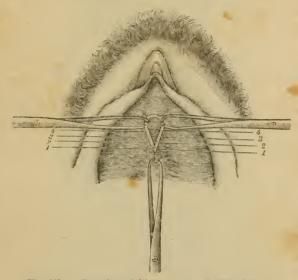



Fig. 151. — Resezione dell'uretra secondo Winckel.

Un mezzo efficacissimo per rafforzare la continenza dell'uretra, l'ho trovato recentemente nell'hydrastis.

L'idea me ne venne avendo notato che talune pazienti, cui contro le metrorragie avevo somministrato dell'estratto di hydrastis, si lamentavano di insorti disturbi nel mitto, di un penoso senso di costrizione che spesso si superava solo con difficoltà nell'atto dell'emissione delle urine. Da allora ho provato 4 volte l'hydrastis in donne cui durava fastidiosa incontinenza qualche giorno dopo la praticata dilatazione dell'uretra; tutte quattro ne provarono reale immediato vantaggio.

Un altro metodo per ristringere l'uretra è stato suggerito da Pawlik (1). Spesso io ho operato in questo modo nel prolasso della mucosa uretrale (2); così pure fece Winckel nelle vegetazioni telangectasiche dell'uretra (3), negli angiomi papillari e vascolari.

---

(1) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. VIII, p. 22.
(2) Benecke, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XIX.
(3) Stechow, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. X.

Io escideva secondo il metodo di Schröder (1) dei lembi cuneiformi da tutto lo spessore delle pareti laterali dell'uretra (fig. 152), rispettando possibilmente la mucosa. A seconda della sede e della estensione

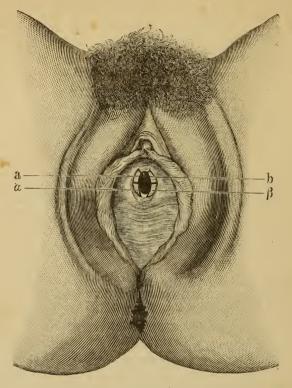



Fig. 152.

si fisserà la direzione e profondità della escisione. Nel prolasso della mucosa io escido la mucosa prolassata, e suturo l'orlo estremo uretrale con quello della mucosa vaginale. Nei polipi faccio una escisione elissoide, e suturo la ferita nel senso della lunghezza dell'uretra.

---

(1) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. V, p. 324.

APPENDICE.

Prolasso del retto. Nodi emorroidali. Ristringimento ulceroso e tumori del retto.

Non di rado si presentano al ginecologo delle donne, lamentandosi di dolori che esse localizzano ai genitali, mentre l'esame rivela integrità dell'apparato genitale, e lesioni morbose del retto. Fra queste trovai come più frequenti:

1.° Prolasso della mucosa rettale.

2.° Nodi emorroidali estesi in vicinanza dell'ano.

3.° Ristringimenti ulcerosi prodotti da nodi emorroidali o da ulcerazioni specifiche.

4.° Tumori del retto.

5.° Accessi da periproctite.

Uscirei dai limiti di questo trattato, se volessi ricordare qui l'eziologia, la sintomatologia, la diagnosi e la prognosi di queste malattie del retto.

Se parlo ora di questi stati morbosi, è per dimostrare che non tanto di rado si curano per affezioni genitali, e specialmente per perimetrite, delle donne affette da disturbi di questo genere, mentre viene trascurata a lungo la vera origine dei dolori e delle sofferenze. Non bisognerebbe mai dimenticare di esaminare il retto, quando nel rilevare l'anamnesi si sentono riferiti dei disturbi nel bacino o alle parti esterne, di cui non si possa dimostrare la localizzazione ai genitali.

Per questi casi ho adottato un metodo di cura, che merita di essere qui ricordato, tanto pel suo tecnicismo operativo, quanto pei suoi risultati ultimi.

Se gli stati sopraindicati consigliano una cura operativa, eseguo la seguente operazione: In posizione dorso pelvica si circondano i dintorni dell'ano con una allacciatura provvisoria impiantando da ambo i lati e profondamente un grosso ago a circa 2-3 cent. di distanza dell'ano. Quest'ago deve abbracciare sotto la cute una massa possibilmente grossa di tessuto, e con una forte curvatura deve essere ritirato in massima vicinanza al punto di impianto. Il filo in catgut viene stretto fortemente ed annodato. Procurata così una emostasi profilattica, si divarica l'orificio anale, e per mezzo di pinze si trae in basso la mucosa rettale fin tanto che si arrivi sulla mucosa sana. A seconda della indicazione questo limite è variabile. Nel prolasso del retto, tiro in basso l'intestino fino al così detto terzo sfintere: nelle emorroidi solo fino al disopra delle vene ectasiche. Nelle ulcerazioni e nelle stenosi queste dovranno essere

lacerate od incise, finchè si arrivi a vedere mucosa sana. Nei tumori e negli ascessi perirettali si va fino sopra al terzo sfintere. Se ad onta di una copiosa evacuazione ottenuta in precedenza si trova ancora del contenuto intestinale, che scende ad imbrattare il campo operativo, si spingerà in alto un tampone di cotone munito di un filo.

La mucosa sana viene afferrata con due pinze ad una delle parti laterali dell'intestino. Dall'esterno si inciderà per un quarto della periferia sul limite tra pelle e mucosa, o sul limite del tessuto sano. A lunghi colpi di bistorì si staccherà la mucosa ammalata dal tessuto sottostante. Dall'interno si farà una incisione trasversale al limite della mucosa sana, per poi esportare tutto il tessuto ammalato fra questa e l'incisione esterna. Per lo più lo sfintere resta posto allo scoperto: talvolta bisogna anche esportarlo in parte.

Grazie alle allacciature provvisorie l'emorragia è assai scarsa, cosicchè si può subito passare alla sutura per affrontare con punti staccati in catgut il limite della mucosa sana col limite esterno della cruentazione. Si alterneranno punti profondi e superficiali per ottenere una esatta riunione. La ferita all'interno deve esser completamente ricoperta di mucosa. Nello stesso modo si escidono, e si suturano gli altri quadranti. Poi si rimuovono le allacciature provvisorie. Se vi sono alcuni vasi isolati che sanguinano, vi si provvede col porre poi dei punti.

Alla fine dell'operazione l'apertura anale per lo più è beante, e la mucosa rettale è allo scoperto. Si tagliano corti i fili, e si rimuove il tampone. La paziente viene riportata a letto, colle gambe ravvicinate.

La cura consecutiva si limita al lavare la ferita esterna quando si imbratti di urine o di feci. Di solito si ha subito emissione di gaz: anche le defecazioni si producono spontaneamente e in caso diverso si procureranno nei soliti modi.

Dopo 10-12 giorni la cicatrizzazione è così progredita, che le pazienti possono lasciare il letto.

Appena si sono un po rimesse, prenderanno dei semicupî, e, se necessario, lavature con soluzione iodica allungata nell'ultima porzione dell'intestino. Così di solito la guarigione procede rapida. Poi bisognerà prevenire una fastidiosa retrazione cicatriziale coll'eccitare il moto peristaltico e coll'uso prolungato di candelette rettali.

Da quando faccio uso di catgut, non ho più veduto di quelle emorragie tardive, che mi occorsero un paio di volte colla sutura in seta.

I miei casi saranno tra poco pubblicati da Pée.

V. Operazioni sull'utero.

1. — Discissione dell'orificio esterno.

Fra le operazioni sull'utero, la discissione del collo passò per lungo tempo come l'operazione ginecologica per eccellenza.

Praticata la prima volta da James Y. Simpson (1) in Edimburgo nel 1843, e, indipendentemente da lui, intrapresa da mio padre pel primo in Germania nel 1849 (2), questa operazione fu introdotta nella pratica ginecologica per merito specialmente di M. Sims (3). Ristretta dapprima alla cura delle stenosi dell'orificio esterno, fu poi adottata in tutte le forme di ristringimento del canal cervicale, e infine con alcune modificazioni, eseguita anche nella stenosi dell'orificio interno.

Alla discissione furono non solo assoggettati i casi di stenosi pronunciata dell'orificio esterno, ma anche quelli di dismenorrea, nei quali il lume del canal cervicale non ha un'ampiezza perfettamente normale.

La discissione fu appoggiata da Sims in modo così caloroso e convincente, come operazione quasi sempre scevra di pericoli ed efficace, che, applicata su larghissima scala, ha poi più volte deluso le speranze che in essa venivano riposte, nè mancarono nemmeno le tristi complicazioni. Queste erano dovute naturalmente al modo di esecuzione, e si riferiscono per lo più ad un tempo, in cui le cautele antisettiche non erano generalmente adottate; perciò sono complicazioni che oggidì con un procedimento rigorosamente antisettico si possono assolutamente evitare. Altri inconvenienti furono causati dall'emorragia insorta per la discissione, e trascurata o inopportunamente trattata in rapporto coi mezzi insufficienti, di cui in altri tempi si disponeva. Anche questa temuta complicazione perde di valore, e deve venir con tutta facilità superata, oggi che i ginecologi hanno appreso a maneggiare con tanta sicurezza la sutura nelle parti più profonde della vagina.

Più seria è l'obbiezione, che si andò accentuando coll'andar del tempo, che la discissione, cioè, non abbia come operazione un risultato plastico, e perciò debba esser sostituita da un processo chirurgicamente più corretto (4). Questa obiezione non posso lasciarla passare, perchè

(1) Med. Times and Gaz. Febbr. e Marzo 1859.

(2) Il primo resoconto figura nel 1875 nella « Zeitschrift f. Geb. u. Frauenkrankh ».

(3) Lancet 1865, e Chirurgia uterina 1866.

(4) Simon-Marckwald, Arch. f. Gyn. VIII, p. 48. — E. Küster, Zeitschr. f. Geb. und Gyn. IV, p. 298.

metodicamente eseguita, e, quel che più importa, seguita da un' opportuna cura consecutiva, la discissione concede una perfetta restaurazione dell'orificio uterino, tanto da non potersi più discernere una deviazione dalla norma. Per rispondere alla questione della guaribilità della sterilità per mezzo della discissione è difficile raccogliere un materiale veramente servibile. Io ho operato di discissione più di 300 casi; ma, se fra questi ho potuto poi constatare la gravidanza solo nel 12 %, per quanto mi fu dato di seguirli, non voglio per ciò ammettere che questo genere di statistica meriti fiducia, anche solo in via approssimativa.

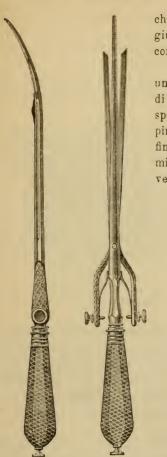
Infatti, astraendo dai casi in cui la discissione fu fatta in donne nubili, o maritate ad uomini indubbiamente impotenti, o in donne, che per la loro età non erano più in grado di concepire, diventa veramente considerevole nei miei casi la percentuale, nella quale si verificò il concepimento dopo la discissione. Non sono in grado di emettere un'opinione sulla potenza virile dei rispettivi mariti, e per questo riguardo credo impossibile sciogliere su semplici dati statistici la questione della guarigione della sterilità mediante la discissione.

La mia esperienza mi permette di asserire che la discissione è per sè un atto operativo di nessun pericolo, e che permette con quasi certezza di dare all' orificio uterino la forma più opportuna. Siccome però in questi ultimi anni mi sono fatto la convinzione, che di solito la stenosi dell'orificio esterno non sia che un epifenomeno del catarro uterino, e siccome poi nel maggior numero delle donne sterili ho visto alla stenosi associarsi l' allungamento ipertrofico della porzione sopravaginale così, secondo me, la discissione dell'orificio esterno non è più un'operazione sufficiente nella gran maggioranza di questi casi. Ritengo perciò necessario di curare il catarro cronico della mucosa col raschiamento, anzichè coi mezzi prima in uso, e di togliere l' allungamento della porzione sopravaginale mediante opportuna escisione di tessuto cervicale. Viene così assai limitato il numero dei casi, nei quali trova la sua indicazione la discissione dell'orificio esterno: sono per lo più solo i casi recenti.

La discissione si eseguiva una volta con strumenti speciali, o lame nascoste, che si fanno sporgere ad un dato momento dalla loro guaina, oppure forbici. Uno dei più pratici mi sembra il coltello a doppia lama di mio padre (fig. 153). Siccome però questo, al pari di tutti gli altri apparecchi complicati, è difficile da mantenere pulito, io ne faccio senza, e mi servo abitualmente solo di un bistorî comune e delle forbici.

Alla discissione faccio sempre precedere il raschiamento della mucosa, avendola sempre trovata ammalata nei casi di stenosi.

Per eseguire raschiamento e discissione, la paziente viene cloroformizzata e posta nella posizione dorso-pelvica: con una pinza uncinata si afferra l'utero pel suo labbro anteriore, e lo si trae in basso, quanto è possibile, senza spiegare violenza.

I fornici messi allo scoperto vengono ancora lavati con una soluzione disinfettante concentrata: si pratica il raschiamento, poi sotto l'irrigazione permanente si incidono d'ambo i lati col coltello o colle forbici le labbra del collo, fino all'inserzione dei fornici (fig. 154 aa).

Quindi si fa ancora un'altra incisione, che dall'alto del canal cervicale viene a raggiungere la prima (b c) per ottenere una completa divaricazione.

Fra le labbra della ferita si insinua un sottilissimo batuffolo di cotone imbevuto di percloruro di ferro non allungato, dello spessore di un foglio di carta; si tolgono le pinze uncinate, si pulisce la vagina, e infine, cessata l'emorragia, si colloca un voluminoso tampone contro il collo, prima che vengano tolti gli speculum vaginali.

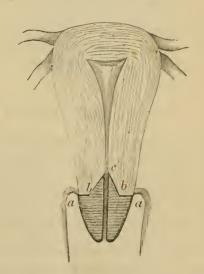



Fig. 153. — Isterotomo di E. Martin.

Fig. 154. — Discissione.

Bisogna garantirsi che l'emorragia sia cessata, prima di riportare la donna a letto; in caso si rinnovano i tamponcini. Finora sono sempre riuscito a frenare le emorragie con questo metodo; se si trovassero delle difficoltà, si potrebbe sempre far passare un punto di sutura nello spessore del collo, e stringerlo per arrestare l'emorragia.

Cura consecutiva. — Le pazienti si lasciano a riposo per due giorni colla vescica di ghiaccio, facendo il cateterismo se non possono urinare

spontaneamente nel decubito dorsale. Al terzo giorno si rimuove il tampone al percloruro di ferro. Se, fatta una lavatura vaginale, non si ha emorragia, si riporta la paziente nel suo letto senza altra medicazione, e la vi si lascia per altre 24 ore: se l'emorragia non cessa, si ripete la medicazione al percloruro di ferro, che si toglierà dopo altri due giorni. Così facendo, non ho mai visto persistere l'emorragia. Al 7.° od 8.° giorno la paziente si alza. Lavando la vagina con soluzione iodica e spennellando il margine della ferita con tintura di iodio, si vedrà completarsi la cicatrizzazione.

La discissione così eseguita non mi ha dato finora alcuna seria complicazione, e ha sempre permesso la costituzione di un orificio uterino ben conformato.

Ci tengo però a dichiarare che non pratico discissione, finchè vi siano stati flogistici acuti alla mucosa, od anche residui sensibili di infiammazioni croniche negli annessi dell'utero. Finchè questi ultimi specialmente non siano guariti, mi astengo da ogni operazione, ed è forse per questo che io vanto risultati tanto favorevoli.

Perciò raccomando caldamente, se possibile, di non intraprendere la discissione in caso di simili affezioni negli annessi dell'utero, tanto più che questa operazione è ben raramente indicata d'urgenza, e non v'ha motivo che si opponga a differirla per riguardo alle condizioni degli annessi.

2. — Escisione a cuneo.

Fra le proposte messe avanti per sostituire la discissione, onde ottenere un orificio uterino ad ampia apertura, prende certamente il primo posto il procedimento ideato da Simon (1) dell'escissione a doppio cuneo. Con esso viene radicalmente guarita la stenosi, e, secondo quanto affermano i seguaci del procedimento di Simon, specialmente E. Küster (loc. cit.), si ottiene in pari tempo di curare in un modo semplice ed innocuo anche l'ipertrofia del collo.

Questo metodo di escisione lascia intatta la mucosa del canal cervicale, e presuppone che non sia necessario agire in alcun modo su questa mucosa. Ma tali casi sono di fatto piuttosto rari; per lo più nella stenosi la malattia della mucosa è molto pronunciata, e reclama, più ancora che non la stessa stenosi o l'ipertrofia del collo, un energico intervento, quale può essere fornito dalla cura operativa. È perciò che l'escisione a cuneo io la credo indicata in un numero relativamente ristretto di casi.

Per praticare l'escisione a doppio cuneo con un bistorì piuttosto

(1) Marckwald, Arch. f. Gyn. VIII. — Schröder, Charité-Annalen 1880, p. 343.

sottile si comincia con un'incisione bilaterale che divide le labbra fino all'inserzione dei fornici. Poi si porta il tagliente sul labbro posteriore, e lo si impianta a una certa distanza dal limite della mucosa cervicale, praticando una incisione, che si approfonda per 1-2 o più centimetri, e va da una commessura all'altra, contornando l'orificio uterino. Poi più all'esterno, press'a poco al limite posteriore e inferiore della *portio*, si fa una seconda incisione pure da una commessura all'altra, che è obliqua rispetto alla prima, e che la raggiunge nello spessore dei tessuti. Il lembo così delimitato ha effettivamente una sezione cuneiforme (fig. 155). Poi con aghi piuttosto robusti si passano dei fili sotto a tutta la superficie cruentata; il filo può cadere nella mucosa del canal cervicale, ma

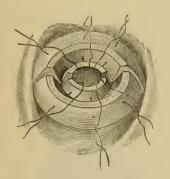
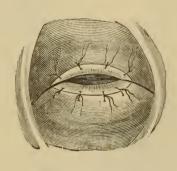



Fig. 155. — Escisione a cuneo di Simon.

Fig. 156. — Sutura dopo l'escisione a cuneo.

abitualmente lo si deve tenere nel limite fra l'epitelio piatto ed il cilindrico. Si viene così a chiudere la soluzione di continuo. Analogamente si procede all'escisione sul labbro anteriore, e, chiuse con qualche punto le incisioni alle due commettiture, il risultato dell'operazione si presenta come a figura 156. L'atto operativo è di esecuzione facile e rapida, l'emostasi sicura; la guarigione non incontra alcun ostacolo, ad eccezione di qualche irregolarità nel coalito dovuta a qualche punto, che abbia tagliato i tessuti.

Anche queste operate dovranno stare 7-8 giorni a letto; in questo periodo è necessario praticare il cateterismo, e al 4.° giorno somministrare loro olio di ricini. La cura consecutiva consiste in lavature vaginali quotidiane con deboli soluzioni antisettiche. Al 9.° giorno si tolgono i punti, poi per consolidare la cicatrice si fanno irrigazioni con acido pirolegnoso (3 cucchiai su un litro d'aqua), oppure con un cucchiaio in un litro d'acqua di una soluzione di Tintura di iodio 25,0 Joduro di potassio 5,0, Acqua 170,0. In due o tre settimane la guarigione è completa: l'orificio rimasto ampiamente aperto lascia sporgere la mucosa cervicale.

3. — Cura operativa delle lacerazioni cervicali.

Mentre la discissione godeva del generale favore, fece a tutta prima nn certo senso che Emmet ritraesse l'indicazione ad un atto operativo appunto dall'eccessiva ampiezza dell'orificio uterino (1874) (1).

Emmet è del parere che questo stato, di cui Roser (2) ha fornito 13 anni prima un'ottima descrizione, sia la fonte di una lunga serie di disturbi nella sfera genitale; in queste lacerazioni laterali della cervice egli vede la causa di metriti croniche, di endometriti, della dismenorrea, della sterilità, dell'esagerata sensibilità, e vuole perciò porre riparo ad ogni più piccola lesione del collo, sia che questa abbia veramente determinato una malattia, o che rappresenti una continua predisposizione. L'operazione delle lacerazioni cervicali, accolta con entusiasmo da Sims, ha trovato molto minor favore in Germania, anzi non le mancarono decisi oppositori (3). Io sono del parere che non tutte le lacerazioni cervicali sono da trascurarsi, ma che può aversi una lacerazione profonda, anche senza nessun disturbo. Se sopravviene un catarro o una metrite cronica, le lacerazioni del collo favoriscono la trasformazione della *portio* in una massa informe: anche le stesse cicatrici possono dare vivissimi dolori, ed anche disturbare in caso di gravidanza lo sviluppo dell'utero.

Fig. 157. — Lacerazione cervicale destra da Emmet).

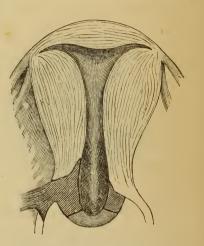



Fig. 158. — Lacerazione del collo e del fornice.

(1) Amer. Jour. of. Obstetr. nov. 1874. — American practitioner, gennaio 1877.

(2) Archiv f. Hedeilkun II, 7, 1861.

(3) Breisky, Prag. med. Wochenschr, 1876, n. 18, poi Allg. Wien. med. Zeitschrift 1882, n. 52. — Olshausen, Centr. f. Gyn. 1877, n. 13. — Spiegelberg, Bresl. ärztl. Zeitsch, 1879, n. 1. — Howitz, Gynäk. og obst. Meddeleiser 1, 3. — Kaarsberg, Kopenagen 1884. — Schröder, Amer. Journal of. Obst, luglio 1882.

Non di rado si vedono carcinomi, che si sviluppano dai margini estroflessi di una lacerazione cervicale. Le lacerazioni cervicali favoriscono la rapida diffusione dell' infiammazione e, per retrazione cicatriziale nei loro contorni, possono mantenere una irritazione insistente, ed esser così la causa dell'insistenza del male. In base a queste considerazioni, ritengo come insignificanti le lacerazioni cervicali, se il resto dell' apparato genitale è sano, e non vedo in esse alcuna indicazione ad un intervento attivo. Se nel loro contorno si sviluppano processi morbosi, credo sia necessario il riparare anche le lacerazioni cervicali per togliere così la causa di una continua irritazione (1).

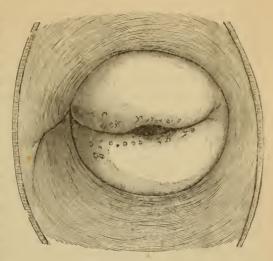



Fig. 159. — Lacerazione del collo e del fornice.

Le lacerazioni cervicali si trovano, tranne rarissime eccezioni, ai lati del collo. Per esse resta squarciata la porzione vaginale, sia da un sol lato (fig. 157) sia da ambedue, e si può trovare all' inserzione della vagina una cicatrice estesa, rigida e dolente. Se la lacerazione si spinge più in sù dell' inserzione vaginale lungo il collo, la si vede terminare verso il canal cervicale in un prolungamento, che sorpassa di molto la cicatrice dovuta alla contemporanea lesione del fornice (fig. 158 e 159). È rarissimo che lo squarcio penetri nel fornice

Fig. 160. — Ectropio delle labbra nelle lacerazioni bilaterali.

(1) I miei casi furono pubblicati da Arning. Wien. med. Wochenschr. 1881, n. 32 e 33, e da Czempin, Zeitschrift. f. Geb. u. Gyn 1887, vol. XII Inoltre ho illustrato estesamente il mio modo di vedere sulla questione al Congresso Ginecol. di Boston nel 1885.

oltre l'inserzione vaginale; per lo più vi si forma una cicatrice rigida, raggiata, ai lati del collo, che si può seguire nel fornice e nel cellulare pelvico, e che spesso spingendosi fino alla parete del bacino, può allora deviare e fissare rigidamente l'utero verso l'uno o l'altro lato. Se la lacerazione cervicale e l' annessa cicatrice nel fornice è da un lato solo, resta da questa parte spaccato il collo, le cui labbra possono estroflettersi al punto da rendere irriconoscibile la porzione vaginale.

Se la lacerazione è bilaterale, e specialmente se si complica a stati morbosi del collo, questo si estroflette talmente che, sia per le modificazioni della mucosa, sia per quelle del parenchima, esso viene ad assumere una stranissima configurazione. Al disopra del collo spaccato, la cui porzione vaginale in foggia di cavolfiore sporge in vagina, si trova il corpo dell'utero piccolo in antiflessione o in retroflessione, che col suo estremo inferiore arriva in contatto colla lacerazione (fig. 160).

Assai spesso alla lacerazione si collegano alterazioni della mucosa e del parenchima, e sono queste malattie complicanti che dànno luogo ai sintomi.

Un carattere affatto speciale lo assumono quei casi, nei quali lo squarcio interessa col collo anche il fornice vaginale. Non solo la lacerazione del collo si spinge più in alto che non nel fornice, la cui cicatrice spesso vela un terzo quasi della lacerazione cervicale, ma la cicatrice stessa del fornice, o per dir meglio del cellulare pelvico, fissa l'utero alla parete del bacino, ed esercita su di esso delle trazioni anormali, cosicchè l'affezione viene a disturbare profondamente la nutrizione degli organi pelvici. Della parametrite raggrinzante che ne deriva ci occuperemo ancora nel relativo capitolo.

Se nel collo si ha forte retrazione cicatriziale, l'infelice paziente può cadere in profondo esaurimento, in un grado estremo di cachessia per i continui dolori e per le molestie occasionate da ogni movimento, ad ogni sforzo per defecare o per emettere le urine. Se in pari tempo è ammalata anche la mucosa, essa fa una notevole sporgenza dall' ampia bocca della cervice e perfino dalla stessa lacerazione, e coll'aumento straordinario della secrezione, colla spiccata tendenza alle emorragie, colle oscillazioni nella sua consistenza ricorda assai le degenerazioni maligne, tanto che diventa necessario l'esame microscopico, per dimostrare come non si tratti che d'una intensa endometrite.

Nelle lacerazioni cervico-vaginali i sintomi più salienti sono forniti dall'ostacolata mobilità degli organi pelvici l'uno rispetto all'altro, e dall'inceppata circolazione nei vasi sanguigni; la paziente resta inabilitata al moto ed al lavoro, la defecazione e l'emissione delle urine sono stentate e dolorose, la mestruazione può diminuire e cessare.

Il concepimento viene impedito più dalla endometrite complicante che dalla ampiezza del canal cervicale. D'altra parte la cicatrice nel

collo è spesso così rigida e resistente da impedire lo sviluppo gravidico dell'utero, e dar perciò luogo ad una interruzione della gravidanza.

La diagnosi delle lacerazioni cervicali si basa sull'esplorazione e sull'esame allo speculum: si dovranno accuratamente esaminare i rapporti del corpo e del collo. Col dito e colla sonda si può poi agevolmente misurare la profondità della lacerazione, stabilire di quanto si spinga in alto e, specialmente, se sorpassi la cicatrice nel fornice.

La terapia delle lacerazioni cervicali, stando all'opinione che io ne ho, in caso di integrità dei genitali dovrà dipendere dalla circostanza se la lacerazione fu osservata immediatamente dopo la sua insorgenza in travaglio, o se invece fu constatata solo dopo l'avvenuta cicatrizzazione. Una lacerazione estesa, recente, che arrivi in alto oltre l'inserzione della vagina, dà luogo per lo più immediatamente, subito dopo il parto, ad una considerevole emorragia, che, se non è frenata spontaneamente dalle contrazioni uterine, richiede una immediata chiusura della ferita, da farsi nel modo che or ora descriveremo. Se la lacerazione è già cicatrizzata, in mancanza di complicazioni con endometrite, metrite o parametrite, non dovrebbe essa per sè consigliare un intervento operativo; ne faccio senza tanto più volontieri, quando vedo che, non ostante lo squarcio, la paziente può concepire e portare a termine la gravidanza, e che dunque la lesione del collo non ha dannosa influenza sullo sviluppo dell'utero in gravidanza, nè sul parto.

Se la lacerazione è il punto di partenza di una continua irritazione che mantiene una parametrite, una endometrite, una metrite, allora trovo una indicazione urgente ad intraprendere la cura della lacerazione, assieme a quella dei processi concomitanti.

La mucosa ammalata non può guarire, se prima le parti malate non vengono sottratte, mediante restaurazione del collo, agli incessanti stimoli che a loro pervengono dalla vagina. La metrite cronica difficilmente verrebbe guarita dalla semplice chiusura di una lacerazione, ma nel processo di escisione tanto efficace contro la metrite noi troviamo in pari tempo un ottimo mezzo per riparare lo squarcio deforme, e per ridare alla *portio* una configurazione, che si avvicini alla normale. Ancor più evidente è il benefico effetto che la guarigione di una lacerazione può spiegare sulle parametriti originanti dalle cicatrici nei fornici. Se si escide la massa cicatriziale dal collo dell'utero, togliendo così l'occasione alle insistenti irritazioni dell'utero e della sua mucosa, oppure si esporta la cicatrice dal cellulare pelvico, per poi riunire nelle condizioni più opportune l'utero ed il fornice, non solo guarisce la parametrite assieme coll'utero, ma si vede anche rapidamente ristabilirsi la donna esausta dalle sofferenze.

In base a ciò io consiglio di sottoporre a cura operativa le lacerazioni con cicatrici retratte e sensibili, complicate a catarri cronici, o a masse cicatriziali nei fornici.

A seconda che esistono complicazioni da parte della mucosa, del parenchima, o del parametrio, bisognerà rinunziare alla semplice restaurazione, ed associare alla riparazione della ferita anche l'ablazione dei tessuti alterati. Da ciò tre modi di condurre l'atto operativo; 1.° semplice chiusura dello squarcio cervicale. 2.° escisione sul collo e nei contorni della lacerazione. 3.° operazione sul collo e sui fornici.

1.° L'operazione sul collo si farà nella posizione dorso-sacrale. Con una pinza uncinata si afferra il collo messo allo scoperto al suo labbro anteriore, là dove si dovrà rifare l'orlo dell'orificio uterino; altrettanto, si fa col labbro posteriore poi con un bistorî retto si contorna il margine della lacerazione, in modo da esportare in un sol tempo tutta la cicatrice. L' ablazione di questa massa di tessuto incontra delle difficoltà, specialmente all' angolo superiore della lacerazione, tanto più se esiste una rigida cicatrice, ma la dissecazione di tutto il lembo in un sol tempo concede appunto un ottimo controllo sui risultati della cruentazione. L'emorragia per lo più è poco rilevante. Indi si regolarizza la superficie cruentata e se ne fa la sutura: i punti più alti si impiantano nel fornice, si fanno emergere verso il canal cervicale a poca distanza dal margine della cruentazione, e quindi si tornano ad impiantare nel punto opposto del canal cervicale per riescire nel fornice. Mano mano che si colloca un punto, lo si stringe subito, per poter meglio controllare l' esatto adattamento delle aree cruentate (fig. 161). Di solito bastano 4 o 5 di questi punti profondii in catgut per portare l' affrontamento fino all' estremo inferiore della *portio* così rifatta. Fra questi si mettono ancora dei punti superficiali in catgut, per procurare l'esatto combaciamento a livello della mucosa che riveste la porzione vaginale. Qualche volta occorre spingere la cruentazione più in su verso il fornice, se anche qui si hanno lesioni catarrali croniche (fig. 165). Anche a questa operazione sarà bene far precedere di regola un raschiamento della mucosa del corpo e del collo, con successiva cauterizzazione al percloruro di ferro. Compiuta la sutura, io introduco ancora nel canal cervicale il beccuccio dell'irrigatore per assicurarmi della sua ampiezza.

Fig. 161. — Operazione di Emmet o trachelorrafia (Da Hegar e Kaltenbach).

Se si tratta di lacerazione bilaterale, dopo aver fatta la cruentazione da un lato, si metterà un primo punto all'angolo superiore per frenare l'emorragia, che talvolta è piuttosto forte; poi si cruenta dal-

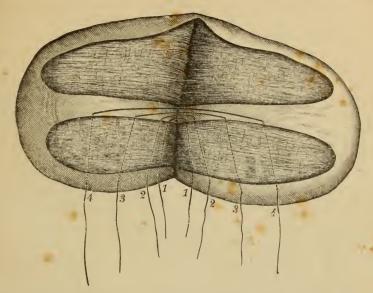



Fig. 162. — Cruentazione e sutura nelle lacerazioni bilaterali (da Emmet).

l'altro lato, per mettere quindi i punti alternativamente dall'una e dall'altra parte, finchè si sia arrivati alla commettitura delle labbra dell'orificio uterino (fig. 162). È molto facile che nelle operazioni bilaterali

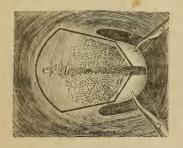
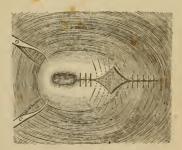



Fig. 163. — Cruentazione e sutura nelle lacerazioni unilaterali.

il canal cervicale si riduca troppo angusto, e la *portio* troppo conica; ad evitar ciò non bisognerà estendere troppo la cruentazione, e lasciare un orificio esterno abbastanza ampio.

La cura consecutiva sarà aspettante: come in tutte queste opera-

zioni plastiche da un po' di tempo io ho abbandonato le irrigazioni vaginali.

2.° Se la lacerazione cervicale si complica ad una endometrite cronica o ad una metrite, e se è necessaria l'ablazione di tessuto dal collo allo scopo di provocare l'involuzione del parenchima uterino, io modifico la cruentazione, esportando anche una conveniente porzione del collo. Si dovrà in questa amputazione del collo esportare anche l'estremità superiore della cicatrice.

3.° Se vi sono cicatrici nei parametrii, bisogna possibilmente non solo rimuovere tutto il tessuto cicatriziale (fig. 163 a), ma anche rendere all'utero la sua mobilità. A questo scopo, messo allo scoperto l'utero, lo si trae in basso, per quanto lo concede la continuità delle parti, verso il lato opposto a quello ove è fissato. Procedo allora ad escidere la cicatrice dalla superficie esterna del collo mediante una incisione semilunare che abbraccia da un lato il collo. Di solito faccio uso di un bistorì lanceolato bitagliente, col quale trafiggo il tessuto per tale ampiezza e profondita finchè non sento più alcuna briglia rigida cicatriziale. In questo momento si vede la ferita divaricarsi notevolmente e l'utero spostarsi verso il centro del bacino. Si può allora esportare dal fornice tutta la massa cicatriziale, e chiudere con sutura il difetto di sostanza. L'incisione sul collo decorre dall'avanti all'indietro.

Mantenendo l'utero in forte abduzione, i margini della bottoniera così praticata si vengono ad affrontare su una linea trasversale al fornice; si può così prevenire un accorciamento cicatriziale del fornice stesso (fig. 163 b). L'operazione della lacerazione cervicale vien poi condotta nel modo già noto.

La cura consecutiva è esclusivamente aspettante. Nelle cicatrici del parametrio faccio subito applicare la vescica di ghiaccio, e finora non mi si è ancora presentato alcun nocivo effetto sul parametrio (1). Il coalito avviene in modo regolare, e permette all'utero tutta la sua mobilità: i dolori sono sempre cessati immediatamente nei casi che ho finora operato; da ciò il sentito sollievo delle pazienti, prima tormentate da incessanti molestie. L'utero si mantiene mobile, e si riduce in modo normale. Solo in via eccezionale si deve ricorrere ancora ad una distensione della cicatrice col massaggio.

4. — Amputazione del collo dell'utero.

L'ablazione del collo era già stata eseguita per lo passato più volte, specialmente per carcinoma, tagliandolo semplicemente col bistorì a livello del fornice vaginale. L'emorragia gravissima, e creduta inevitabile, valse a questa operazione la fama di pericolosissima.

(1) Vedi Czempin, l. c.

Parve perciò un progresso essenziale l'adozione dello schiacciatore di Chassaignac, tanto facile da mettere attorno alla porzione vaginale, per esportarla. Ma l'uso dell'ecraseur portava con sè inconvenienti non piccoli; più grave di tutti quello, che non di rado nell'esportare il collo, se anche la catena non veniva portata molto in alto su di esso, pure venivano ad esser feriti la vescica e lo spazio del Douglas: ferite che, del resto, come lo attesta un numero abbastanza considerevole di casi, non sono poi tanto pericolose, come si potrebbe credere: sempre però abbastanza gravi per legittimare la diffidenza contro l'uso di questo strumento come mezzo di amputazione del collo. Queste ferite erano prodotte per stiramento sui tessuti vicini, facile a spiegarsi, se si pensa alla diversa forza di resistenza allo schiacciamento nei varî tessuti; il tessuto proprio del collo, ricco di fasci fibrosi, si rompe come tessuto fragile allo stringere della catena: mentre la mucosa provvista di abbondanti fibre elastiche, il canale vaginale e le parti vicine oppongono maggiore resistenza alla divisione per mezzo dell'ansa costrittrice. Più grave ancora mi sembra l'altra obiezione fatta all'écraseur in base alla ricca esperienza di mio padre, di altri ginecologi ed anche mia, che, cioè, l'emostasi prodotta da questo strumento non è poi niente affatto sicura, e che la formazione della cicatrice in seguito allo schiacciamento può dar luogo a notevoli retrazioni, a stenosi e perfino ad atresie.

Questi inconvenienti non sono tolti di mezzo da nessuno degli strumenti con cui si volle sostituito l'écraseur. Tanto la così detta ghigliottina, quanto l'ansa galvanocaustica, uniscono ai difetti dell'écraseur altri inconvenienti loro proprî, sicchè io ho rinunciato completamente al loro uso. Tanto più mi sembra necessario lasciar da parte questi strumenti, perchè con essi ci priviamo della possibilità di modificare il procedimento operativo secondo le esigenze dei singoli casi, e di sottoporre la mucosa ad un trattamento, che è reso indispensabile dall'alta importanza delle sue lesioni.

Il metodo di ablazione col bistorì corrispondente al metodo circolare dei chirurghi nelle amputazioni, proposto da Sims (1), e ancor oggi raccomandato da Emmet (2) (fig. 164 e 165), non trovò favore presso la maggior parte degli operatori tedeschi, perchè col metodo di Sims il rivestire il moncone colla mucosa vaginale non è scevro di inconvenienti, e più che tutto si va incontro al pericolo delle emorragie secondarie e della imperfetta cicatrice.

L'aver dato una base pratica all'amputazione del collo è merito di Hegar (3), che col suo metodo permette ampiamente di individualizzare

---

(1) Chirurgia uterina. 1866.

(2) Emmet, Ginecologia. Ed. 3, 1885.

(3) Congresso di Innsbruck 1871. — Odebrecht, Berliner Beiträge z. Geb. u. Gyn. III, p. 220.

nei singoli casi, e dà perciò mezzo all'operatore di regolare la formazione della cicatrice e di assicurarsi contro le emorragie secondarie. Il metodo di Hegar consiste nel tirare in basso l'utero, per quanto i suoi rapporti lo permettono, e nel renderlo accessibile a mezzo di speculum e di valve.

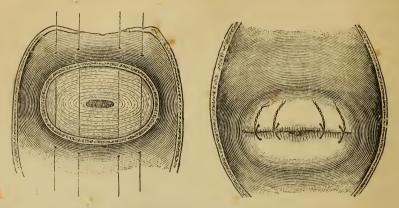



Fig. 164 e 165. — Amputazione del collo e sutura, secondo Sims.

Si incidono poi le labbra fino a livello dell'inserzione vaginale, e cominciando dal labbro posteriore a livello del limite della mucosa cervicale, si escide un cuneo più o meno grosso a seconda dei casi. La sutura si

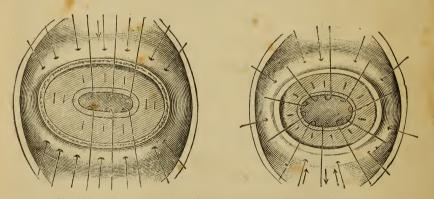



Fig. 166 e 167. — Sutura dopo l'amputazione del collo. secondo Hegar.

fa, facendo passare i fili sotto a tutta la superficie cruenta, in modo che la cicatrice venga press'a poco a cadere a livello del moncone del labbro posteriore. Nello stesso modo si procede pel labbro anteriore, terminando col chiudere le commettiture laterali pure con punti profondi. La sutura delle commettitura può farsi per diretto affrontamento, come a fig. 166, o facendo anche in questo punto combaciare la mucosa vaginale colla cervicale, come alle fig. 167 e 168.

Il processo di Hegar risponderebbe pienamente allo scopo, se la escisione fosse portata anche sulla mucosa del canal cervicale. Questa modificazione essenzialissima fu suggerita dallo Schröder (1), che consiglia di praticare la discissione bilaterale, di arrovesciare all'infuori le labbra, e di impiantare il bistorì perpendicolarmente alla parete del collo nel limite facilmente riconoscibile ad occhio nudo fra la parte sana e la malata della mucosa cervicale (fig. 169 *a*). Un'altra incisione, che comincia all' esterno del labbro (in *c*) in un punto diverso a seconda delle alterazioni patologiche dei singoli casi, viene prolungata fino ad incontrare l'estremità della prima. La riunione si fa con fili decorrenti sotto l'area cruentata, in modo da ripiegare in dentro il lembo libero del labbro (fig. 170). Eseguito lo stesso procedimento anche al labbro anteriore, con esportazione della mucosa ammalata, e chiuse le incisure bilaterali, il coalito

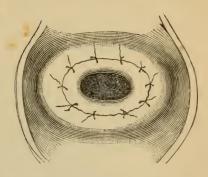



Fig. 168. — Risultato della sutura secondo Hegar.

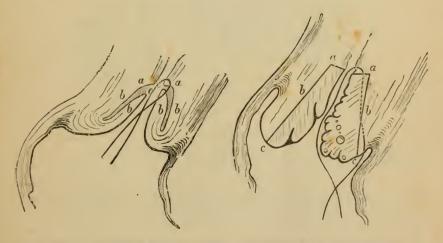



Fig. 169. — Amputazione del collo, secondo Schröder (incisione).

Fig. 170. — Amputazione, secondo Schröder (Sutura).

avviene in modo, che il moncone resta rivestito dalla mucosa del fornice che si è fatta scorrere in alto, mentre il limite inferiore della mucosa cervicale viene ad essere situato piuttosto in su nell'imbuto, che

(1) Charité Annalen. — Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. III, 419, e Moricke, ibid. p 328.

viene così costituito, e sottratto alle azioni irritanti, che lo possono colpire dalla vagina.

Nell'amputazione del collo io combino i due metodi di Hegar e di Schröder, procedendo nel modo richiesto dalle indicazioni operative in ogni singolo caso. Se la mucosa cervicale è intatta, ciò che è relativamente raro, faccio l'escisione alla Hegar: se è malata, esporto più estesamente che mi è possibile anche le parti malate, e dal labbro o dalla corrispondente parete del collo escido quel tanto che si reputa necessario

Fig. 171. — Amputazione nella metrite del collo, con ectropion delle labbra, endometrite e erosioni.

per la guarigione (fig. 175-176). L'operazione così condotta è facilissima e sicura, e con un po' di esercizio nella sutura la si può fare in un tempo relativamente breve.

Solitamente all' amputazione faccio precedere il raschiamento, avuto riguardo alle tante frequenti complicanze delle alterazioni della mucosa con quelle del parenchima uterino.

Tiro poi l'utero più in basso che sia possibile, ne scopro il collo cogli speculum, disinfetto ancora una volta il campo operativo, poi sotto l'irrigazione permanente incido le labbra fino all'inserzione dei fornici. Allora, attenendomi al limite della mucosa cervicale sana, dovunque esso sia, approfondo il tagliente quasi perpendicolarmente all'asse longitudi-

nale del collo, e con una seconda incisione, che dall'esterno si prolunga ad incontrare la prima, esporto dal labbro posteriore quella porzione di tessuto, che nel caso speciale si ritiene sufficiente. La sutura si fa seguire immediatamente, e dovrà estendersi più o meno in larghezza a seconda dell'ampiezza, che si desidera lasciare all'orificio uterino. Poi nello stesso modo si procede all'escisione sul labbro anteriore, dopo aver spo-

Fig. 172. — Amputazione del collo.

stato un po' all'avanti le pinze, che fissano l'utero in basso, applicandole al punto di passaggio dal fornice anteriore al collo.

Segue infine la sutura delle commettiture laterali; si tolgono le pinze dal fornice anteriore, perchè il collo può venir fissato a sufficienza per mezzo dei fili già applicati. Con questi fili si comincia col tirare in basso e verso la linea mediana uno dei lati del collo per praticarvi le opportune suture: anche qui i punti dovranno comprendere tutte lo spessore dei tessuti ed essere molto ravvicinati, perchè è in questa zona che si hanno le più frequenti e gravi emorragie. Nello stesso modo si trae in basso e si sutura l'altra commettitura.

Di solito occorrono 8-10 punti al labbro anteriore ed al posteriore e 3-4 per ogni lato. Se l'emorragia cessa completamente, e l'adattamento

dei margini mucosi appare perfetto, si tagliano i fili. Lavato ancora una volta l'utero, lo si riduce nella posizione normale, e si porta la donna a letto. Solo in casi eccezionali, quando la secrezione uterina ha odore poco buono, metto in vagina un tampone spolverato di iodoformio; se i tessuti sono rilasciati e vi ha tendenza al gemizio di sangue dai tragitti dei punti, metto anche un tampone semplice più voluminoso: di solito però non occorre alcuna medicazione.

La paziente si terrà 7-8 giorni a letto, facendo due lavature quotidiane con soluzioni allungate di acido fenico o di sublimato. Finchè la donna non può urinare spontaneamente, si praticherà il cateterismo: cominciando dal terzo giorno, si cercherà di ottenere qualche evacuazione alvina. Talvolta nei primi giorni la paziente è irrequieta, si lamenta di molestie, specialmente alle gambe, dovute all' obbligato decubito dorsale. Se i dolori e l'irrequietudine sono rilevanti, si ricorre alla morfina; abitualmente però non occorrono narcotici. Si nutrirà copiosamente la donna appena cessi il vomito da cloroformio. Due o tre giorni dopo che l' operata ha lasciato il letto si applica lo speculum, si pulisce la ferita, e, occorrendo, si rimuovono alcuni punti. Se esiste abbondante secrezione, si introduce per prosciugarla un tampone con polvere di iodoformio, da ritirarsi al giorno dopo. Di solito i fili di catgut in 10.ª giornata sono riassorbiti.

Fig. 173. — Sutura dopo l'amputazione.

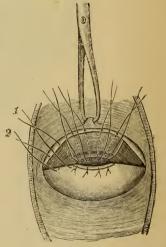



Fig. 174- — Sutura del labbro superiore dopo l'amputazione del collo (1 e 2, punti delle commessure laterali.

Il coalito avviene in modo regolare: è raro che qualche punto, tagliando i tessuti, turbi la regolare conformazione del nuovo orifizio uterino: di stenosi non ne ho ancora osservate che in casi eccezionali, in più di duemila casi di simile operazione. Sono pure complicazioni assolutamente eccezionali le cicatrici rigide e le altre deformità delle labbra.

Per molti principianti una certa difficoltà sta nell'emorragia, che avviene durante la discissione dalle labbra e l'escisione dei lembi.

Anch'io nelle prime mie operazioni mi sono lasciato influenzare dalla preoccupazione per quella perdita sanguigna, ed ho io pure tentato, come altri, di limitare o di abolire affatto l'emorragia durante l'operazione, stringendo il collo dell'utero in un tubo di gomma (1), appena al disopra del punto ove deve cadere l'amputazione. Emmet (2) otteneva la compressione con una molla d'orologio inguainata in un tubo di gomma e raccomandata ad un *tourniquet* uterino. I vantaggi del tubo elastico sono evidenti (3); si può con esso stringere i tessuti senza tema di danneggiare un diverticolo della vescica o del peritoneo, che vi siano eventualmente frapposti. Compiuta l'operazione si allenta il tubo, e se persiste emorragia dai tragitti degli aghi la si arresta con altri punti di sutura. Questa compressione del collo presuppone che si possa liberamente tirare in basso l'utero, e ciò ne limita già di molto l'applicazione.

Acquistando maggior pratica nella sutura, ho sempre più trovato superfluo l'uso della costrizione, ed ora ne faccio uso nei casi più appropriati soltanto a scopo dimostrativo. La perdita di sangue durante l'amputazione può ridursi al minimum, perchè tutta l'operazione, in circostanze favorevoli e con una certa pratica, richiede solo da 6 a 10 minuti.

Si fece un rimprovero all'amputazione, che cioè non basti nemmeno la sutura del moncone a garantire dalle emorragie secondarie; rimprovero che non appare del tutto infondato, se si esaminano le prime serie di osservazioni pubblicate in proposito. Per mio conto nel primo centinaio di amputazioni non ho avuto che rarissime emorragie secondarie (4), il che ascrivo alla precauzione di passar sempre i fili a tutto spessore e di stringerli assai fortemente. È certo anche questione di esercizio, ed è così che i miei assistenti, cui diedi più volte occasione di esercitarsi in questa operazione, avevano ai primi tempi molte emorragie, quando non si erano ancora perfettamente orientati sul grado di costrizione necessario. Perciò negli ultimi anni, quando i miei allievi eseguiscono qualcuna di queste operazioni sotto la mia sorveglianza, io raccomando sempre di stringere forte, e sono così riuscito ad escludere quasi completamente l'emorragia anche in queste operazioni da principiante.

Se si verifica una emorragia secondaria un po' rilevante, è bene portare senza altro la paziente sul letto ginecologico, e, previa disinfezione, ed, occorrendo, nella narcosi, mettere allo scoperto il punto sanguinante ed arrestare l'emorragia con nuovi punti di sutura.

Oltre a questo metodo di operazione, molti altri se ne conoscono,

---

(1) Berliner klinische Wochenschrift 1876, N. 4.

(2) Ginecologia, 3.ª ediz. pag. 466.

(3) Fürst più tardi descrisse degli aghi speciali per fissare il laccio (Archiv f. Gynäk. XXVIII).

(4) Berliner kl. Wochenschrift 1878, N. 43.

che si prefiggono lo stesso scopo. Mi astengo dal descriverli qui, perchè la maggior parte di essi non furono accolti nella pratica. Quando cominciai a raccomandare l'amputazione del collo come mezzo curativo della metrite cronica (1878), ho anch'io proposto un processo operativo, la cui caratteristica essenziale consisteva in una escisione della mucosa cervicale per la maggior estensione possibile. Il procedimento, consistente nella escisione di quasi tutto il collo, ed in un particolar metodo di sutura dell'escavazione, che ne derivava, l'aveva già applicato in un numero non piccolo di casi quando lo raccomandai al pubblico, e fino ad allora non ne aveva avuto alcuno inconveniente. Solo più tardi vidi conseguirne molteplici stenosi e perfino atresie. Tentai perciò di modificare il processo, ma ciò mi portava ad un tecnicismo troppo complicato ed artificioso. È per questo che io mi astengo dal parlare più in esteso di questo metodo.

5. — Amputazione alta del collo.

I metodi fin qui descritti, per quanto modificabili a seconda delle esigenze dei singoli casi, si dirigono però solo contro le malattie, che colpiscono il segmento inferiore del collo. In casi rari può tornare necessaria l'esportazione di tutto il collo, fino a ridosso del corpo. Una indicazione di questo genere si vuol trovare nei neoplasmi maligni del collo ai loro inizî, e viene ancor oggi mantenuta e difesa nelle conclusioni che Hofmeier e Winter ritrassero dall'esame del materiale di Schröder (1). Sino a 6 anni fa ho operato più volte con questa indicazione, e dopo d'allora ancora qualche volta incidentalmente, limitandomi all'ablazione del collo. Procedetti allora nel modo già descritto, esportando il collo in totalità. Però l'esperimento, che ho fatto di questo piano operativo, è stato decisamente sfavorevole, per quanto concerne la guarigione radicale del cancro. In tutti questi casi ho visto avvenire la recidiva.

L'operazione è per sè non molto pericolosa, specialmente se si adottano le cautele consigliate da Schröder (2). Consistono queste nella legatura provvisoria dei legamenti larghi, nei punti ove questi contengono arterie cospicue, cioè i rami dell'uterina.

Tecnicismo dell'amputazione alta. Si comincia colla metà posteriore del collo, dall'inserzione del fornice posteriore.

L'esportazione della metà posteriore si può fare cominciando dal basso, all'inserzione del fornice posteriore, oppure cominciando dall'alto. Se le legature provvisorie nei fornici furono applicate a dovere, l'emor-

---

(1) Hofmeier, Congresso di Berlino del 1886. Winter, Berl. med. Wochenschr. 1891. N. 33
(2) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. III p. 419 e VI, pag. 213.

ragia sarà raramente copiosa, tanto più se non si indugia a mettere punti profondi di sutura, per unire subito e strettamente il margine vaginale della ferita col cervicale (vedi fig. 167).

Nello stesso modo si escide la parete anteriore del collo, dopo avere, dal fornice in su, dissecato il collo dalla vescica mediante caute trazioni ed aiutandosi colle unghie. Anche qui si passeranno dei punti profondi per riunire fra loro i margini della mucosa vaginale e cervicale. Infine si procede alla sutura delle commettiture laterali, e, chiusa completamente la ferita, si rimuovono le allacciature poste nei fornici. Terminata l'operazione, il collo dovrà esser disceso in vagina di tanto, quanto fu la lunghezza del corpo esportato.

L'operazione, per quanto semplice essa appaia, può esser molto difficoltata dalla presenza di complicazioni, e specialmente di cicatrici nei fornici. Non è raro l'osservare ferite del peritoneo, ed apertura dello spazio del Douglas.

Le lesioni dello spazio del Douglas, in ciò sono concordi quasi tutti gli autori, non hanno poi con sè il pericolo che una volta si voleva attribuire a tutte le ferite del peritoneo: basterà chiudere con sutura l'apertura.

6. — Isterectomia vaginale.

L'estirpazione totale dell'utero, fatta dietro un piano prestabilito da Langenbeck il vecchio nel noto caso (1813), da Sauter (1822) e da Récamier (1829), era stata di nuovo abbandonata, nè era bastata a riabilitarla l'operazione fatta da Hennig (1) nel 1876, quando Freund (2) nel 1878 la introdusse ancora nella pratica con un nuovo metodo.

Sebbene il metodo di Freund sia poi stato in seguito abbandonato dal maggior numero degli operatori, perchè quanto più crescevano le statistiche, esso dava risultati sempre peggiori, pure spetta a Freund il gran merito di aver messo la moderna ginecologia sulla strada di nuovi progressi in questo campo.

Czerny (3) pel primo sostituì a quella di Freund l'operazione per la vagina: e poco dopo casi analoghi furono pubblicati da Billroth (4), Schröder (5), Schede (6) e da me (7). Il procedimento proposto da Fritsch (8)

---

(1) Congresso di Amburgo. 1876.

(2) W. A. Freund, Sammlung klin. Vortr. N. 133. — Centralbl. f. Gyn. 1878 N. 12, e Berl. klin. Wochenschr. 1878 N. 27.

(3) Wiener Med. Wochenschr., 1879, 45-49.

(4) Wölfler. Chirurgen-Congress, 1880.

(5) Ibid.

(6) Congresso di Danzig, 1880, e Baum Zeitsch. f. Geb. u. Gyn VI.

(7) Danzig 1880, e Centralbl. f. Gyn. 1881.

(8) Centralbl. f. Gyn. 1883, N. 57.

ha trovato grande diffusione. Per l'ulteriore perfezionamento dell'isterectomia vaginale hanno merito speciale Richelot (1) coll'aver sostituito la forcipressura alle allacciature, e Péan (2) coll'aver divulgato il metodo di frammentazione (3).

L'isterectomia, in qualunque modo sia eseguita, trova la sua principale indicazione nei neoplasmi cancerosi o sarcomatosi dell' utero. Queste forme maligne si possono oggidì riconoscere molto più presto e sicuramente di quanto una volta fosse possibile, e perciò noi non ci lasceremo sviare nè dalle contradditorie sentenze, che si sollevano contro l'isterectomia per ragioni d'indole morale, e neppure dall'incostanza di un esito favorevole, perchè quanto più presto operiamo, tanto meglio si potrà sperare che l'operazione sia efficace, in riguardo non solo alla guarigione immediata, ma anche alla possibilità di una recidiva.

È solo in rapporto al cancroide della *portio* che esiste qualche disparere fra i ginecologi tedeschi, se sia da preferirsi l' estirpazione totale, o se basti l'amputazione alta con cauterizzazione del peduncolo.

Schröder con Hofmeier, appoggiati alle loro statistiche, difendono quest'ultimo procedimento (4): Winter (5) ha continuato a studiare il materiale di Schröder e quello di Olhsausen, e si è pure schierato fra i fautori della amputazione alta negli stadii iniziali del cancroide. Il maggior numero degli ostetrici tedeschi è in favore di una immediata operazione (6). Io ho già esposto il mio parere in proposito, e sono convinto che un'operazione fatta di buon'ora offra da una parte una prognosi migliore dal punto di vista operativo, e dall'altra migliori speranze di guarigione radicale. I risultati, naturalmente ancora limitati, della mia esperienza su questo punto li ho già fatti conoscere addietro.

Il campo delle indicazioni per l'isterectomia fu ampliato in vario senso. Se per l'adenoma, avuto riguardo al suo carattere istologico, l'indicazione è precisa, non si dovrebbe esitare nemmeno ad accogliere l'operazione, ormai tecnicamente perfezionata, in quei casi, in cui esistano malattie uterine pericolose di vita, che annullano la capacità al lavoro, e che possono essere guarite solo dalla esportazione di tutto l'utero (7).

---

(1) Bull. de l'Acad. de Méd. VII, 15. e Union méd. Luglio 1886.

(2) X. Congr. intern. in Berlino.

(3) L'idea di ottenere l'emostasi colle pinze deriva da Spencer Wells (Ovarian and uterine tumors. Londra 1882, p. 526). Ch. E. Jennings se ne servì (Lancet 1886, N. 15 e 16): Richelot ne estese l'uso nel 1886, mentre Péan (Gonot, De l'hysterect. vaginale en France. Thése de Paris 1886) operò, come in altri campi, così nella isterectomia con questo metodo. I primi dati sul metodo di frammentazione furono presentati da Péan al X congr. Medico.

(4) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XIII p. 367.

(5) l. c. 1891, e Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXII.

(6) Brennecke. Berl. klin. Wochenschr. — Staude, ibid. — Fritsch, Arch. f. Gyn. 1887. — Loehlein, Tagesfragen III, 1892.

(7) Vedi per la letteratura, Hofmeier, Grundriss etc. 2.ª Ed. p. 285.

Vi appartengono le metrorragie infrenabili anche senza dimostrata lesione anatomica (1), i disturbi dismenorroici ribelli ad ogni altra cura, i tumori, i miomi e i prolassi, che non sia riuscito di guarire altrimenti (2). L'estensione della indicazione alla cura delle suppurazioni pelviche voluta dal Péan (vedi 1.° Cong. ginec. intern. in Bruxelles 1892) è ancora oggetto di giudizî molto disparati.

L'estirpazione vaginale dell'utero eseguita da Olshausen in un caso di osteomalacia (3) si troverebbe sempre giustificata nel caso di un minaccioso incarceramento dell'utero gravido retroflesso.

Una indicazione affatto speciale per l'isterectomia vaginale mi si offrì il 2 gennaio 1886. In una donna in istato di profonda anemia, io avevo constatato attraverso al canale cervicale pervio la ritenzione di residui placentari. La diagnosi aveva lasciato qualche dubbio, e perciò invitai all'esplorazione il medico curante ed i miei assistenti. Quando poi mi accinsi ad eseguire la supposta facile ablazione dei residui di placenta in decomposizione, trovai lacerata la parete posteriore del corpo, sicchè parte del contenuto si era versato nella cavità addominale. In vista dello stato di degenerazione grassa dell'utero, dell'indubbia decomposizione del contenuto, e dell'impossibilità di combattere altrimenti l'infezione del cavo peritoneale, che non poteva mancare, esportai l'utero, e disinfettai la parte accessibile del bacino. La paziente guarì senza reazione.

Dalla metà del giugno 1880 fino al 15 gennaio 1887 nel mio Istituto ho eseguito 134 isterectomie vaginali, e cioè:

10	nell' anno		1880
9	»	»	1881
22	»	»	1882
20	»	»	1883
16	»	»	1884
24	»	»	1885
30	»	»	1886
3	»	»	1887 (fino al 15 gennaio)
134 con 22 morte.			

Di questi casi solo 44 possono servire al calcolo dei risultati remoti nell'esportazione totale dell'utero per cancro. Entro due anni recidivarono 13 = 29,7 %, e si ebbe il 70,3 % di guarigioni durevoli. Altre 28 furono estirpazioni incomplete con 8 morte, 19 furono operate per adenoma, e ne morirono 2: poi 7 per endometrite emorragica non al-

(1) Olshausen al congresso di Eisenach 1882 dava in questi casi la preferenza alla castrazione.

(2) Dopo Kaltenbach. Centr. f. Gyn. 1880 N. 11, ho operato anch'io per questa indicazione. Fritsch ha perfezionato il procedimento (Arch. f. Gyn. XXXIV, p. 187. Vedi anche A. Martin. Congresso di Halle 1891, e Berl. klin. Wochenschr. 1891 N. 45).

(3) Società di Ost. e Ginec. Berlino. 1888.

trimenti guaribile, con scarso sviluppo ghiandolare ed abbondanti vegetazioni, e con emorragie che non si erano potute frenare, con ripetuti raschiamenti e cauterizzazioni. Tutte queste pazienti guarirono.

2	Isterectomie	furono	fatte	per sarcoma, guarite ambedue.
4	»	»	»	per miomi, tutte guarite.
1	»	»	»	per perforazione dell'utero puerperale. guarita.
3	»	»	»	per voluminoso prolasso, guarite.

Dal 1887 fino alla fine del 1892 se ne aggiunsero 153, con 14 morte. Le indicazioni furono:

Carcinoma.	77	con	10	morte
Mioma	36	»	2	»
Adenoma od endometrite adenomatosa .	21	»	2	»
Prolasso irriducibile	19	»	0	»

Fra le controindicazioni alla isterectomia vaginale io ho posto, parlando del carcinoma, la diffusione dell' infiltrazione ai tessuti contigui all'utero.

Oltre a questa, io riconosco due altre controindicazioni, l'una data dalle aderenze dell'utero cogli organi vicini, l'altra dal volume dell'utero stesso. Le aderenze, anche se non sono di natura cancerosa, rendono straordinariamente difficile l'estirpazione vaginale, ma, se anche si giunge a superare questa difficoltà, e a rompere le aderenze della vagina fin sopra lo spazio del Douglas, più che la gravità stessa dell'operazione è da considerarsi il fatto che le aderenze lacerate rappresentano altrettante ferite, che esercitano la più funesta influenza sui processi di guarigione. Frequentissime le emorragie e le profuse secrezioni; inoltre le superfici così a brandelli non cicatrizzano senza reazione flogistica, ed offrono un opportunissimo terreno di cultura ai germi infettanti, che di lì possono diffondersi a tutto il peritoneo. Più volte ho avuto a che fare con simili difficoltà create dalle aderenze, eppure nel maggior numero dei casi sono riuscito a condurre a termine l'operazione. Ma la maggior mortalità nelle mie isterectomie vaginali si è appunto verificata in questa serie di casi. Fino a qual punto il volume dell'utero permetta ancora l'estirpazione dalla vagina, è difficile dirlo in tesi generale. Bisogna aver riguardo allo stato del corpo uterino, se duro e rigido, oppure molle e plasmabile, ma principalmente bisognerà ben ponderare se il lume della vagina si presti senza eccessiva lesione al passaggio dell'utero. Molto spazio si guadagna incidendo il perineo fino al setto retto vaginale. Un

altro tentativo per facilitare l'operazione è stato fatto dal Zuckerkandl (1): resecare il sacro, e attaccare l'utero per una via più o meno sottoperitoneale. È una preparazione molto pericolosa, e non ho mai voluto adottarla.

In tutti i casi, in cui non si può eseguire l'isterectomia vaginale, resta la laparotomia, semprechè l'estirpazione dell'utero offra ancora qualche speranza di guarigione.

Il mio metodo per l'isterectomia vaginale è il seguente: disinfezione scrupolosa della vagina e svuotamento completo del retto sono di assoluta necessità. Per preparare un campo disinfettato conviene rimuovere le granulazioni cancerose e raschiare le superficie ulcerate e purulente. Ciò si può fare in occasione dell'esame nella narcosi il giorno precedente l'operazione, e proteggere poi la superficie raschiata con garza all'iodoformio fino al momento dell'operazione. Anche in questo momento si è in tempo a disinfettare, lavando scrupolosamente la vagina, cauterizzando le superfici ulcerate o cucendole e stringendole entro pinze. Il fornice viene scoperto con speculum univalvi e con divaricatori, poi si afferra con pinze uncinate il collo alla sua parte posteriore, tirandolo in avanti quanto è possibile verso la sinfisi. Si viene così a tendere il fornice posteriore, in modo da poter bene dominare l'inserzione della vagina all'utero. In tutta l'estensione di questa inserzione pratico allora un'ampia breccia, in modo da arrivare subito sullo spazio del Douglas. Se lo spessore dei tessuti, che uniscono il collo all'utero, è poco rilevante, non è raro che lo spazio del Douglas venga aperto nella prima incisione. Se invece vi è una massa cospicua di tessuti, torna difficile e imbarazzante il crearsi una strada in mezzo ad essi, e le difficoltà crescono quanto più in alto ci portiamo. Aperto lo spazio del Douglas, dilato l'incisione in modo da potervi introdurre l'indice sinistro, poi con un piccolo ago a forte curvatura applico una sutura nel margine vaginale, in tutta l'estensione della breccia praticata (fig. 175 e 176).

L'ago viene impiantato in vagina, e col controllo del dito introdotto nella cavità peritoneale vien fatto passare attraverso lo spessore del fornice, abbracciando il peritoneo; di lì viene fatto ripassare in vagina a circa 1 cent. dal punto d'impianto.

Occorrono di solito 4 a 5 di queste suture, che riuniscono intimamente il peritoneo dello spazio del Douglas colla parete vaginale, e fanno in questo posto cessare ogni emorragia. Se da parte dell'utero vi è perdita cospicua di sangue, faccio passare un solo filo robusto anche nella

(1) Wiener med. Presse 1889 N. 7 e 12. — Vedi anche Hochenegg, Wiener klin. Wochenschr. 1888 N. 11 e 16, 1889 N. 26 e 30. — Wiedow, Berl. klin. Wochenschr. 1889 N. 10, e v. Beck, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XVIII. — Schede, Iahrbuch d. Hamb. Staatskr. 1890. — Czerny, Beitr. z. klin, Chirurgie 1890-91. — Herzfeld, Wiener med. Bl. 51, 1892.

superficie di sezione attinente all'utero, e mi procuro col filo un mezzo di trazione per gli ulteriori movimenti da imprimersi all'utero. Solo dopo che sia completamente cessata ogni emorragia si continuerà nell'operazione.

Se si trovano difficoltà nell'apertura della tasca del Douglas, e frattanto l'emorragia è grave, pratico la sutura sulla ferita ancor prima che

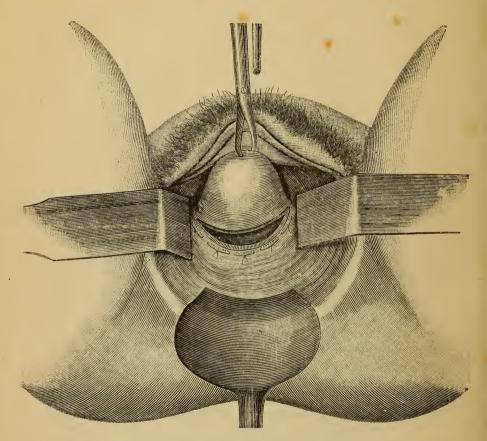



Fig. 175. — Isterectomia vaginale. Apertura del cavo del Douglas. Sutura del fornice.

la tasca stessa venga aperta, poi, divaricando colle pinze questi tessuti, proseguo in profondità lungo la parete posteriore del collo. Il peritoneo si presenta come una sottile membrana trasparente, dietro alla quale trovasi talvolta una piccola quantità di liquido. Aperto il peritoneo, si completa poi la riunione tra questo e la parete vaginale. Di solito comincio col suturare il fornice sinistro. A seconda della spessezza del pavimento pelvico, uso degli aghi grossi, o piccoli e robusti, con forte

filo di catgut. Vengono dal fornice impiantati verso quella parte dello spazio del Douglas che vien spinta contro dal dito ivi introdotto (fig. 176).

Anche questi fili devono abbracciare il peritoneo e la parete vaginale. Spesso riesce impossibile far ripassare l'ago immediatamente in vagina, senza che prima lo si sia estratto dal lato del peritoneo. In questi casi l'indice introdotto nel cavo peritoneale, mantenendo coperta la punta

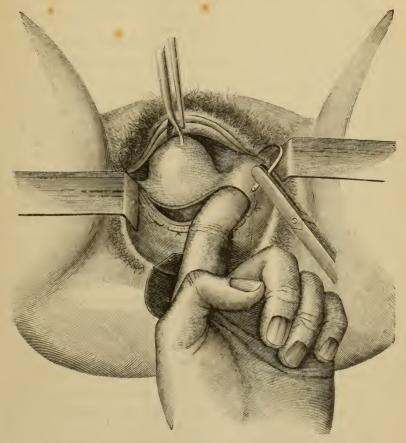



Fig. 176. — Isterectomia vaginale. Lacci sulla base del legamento largo.

dell'ago, la farà sortire per la breccia nel fornice posteriore e, tenendo sempre fisso l'ago alla sua cruna con una mano, se ne afferrerà la punta con un secondo porta-aghi. Allora solo si toglie il porta-aghi dalla cruna, e si estrae tutto l'ago, per poi, afferratolo di nuovo, impiantarlo, sulla guida dell'indice, nel peritoneo e farlo sortire in vagina a circa 1 cent. dal punto di impianto. Questi fili si dovranno stringere a gran forza; di solito ne colloco tre per lato, e riunisco così il pavimento pelvico

alla vagina fin verso la faccia anteriore del collo. I vasi afferenti vengono con questa sutura allacciati sicuramente prima di inciderli.

L'isolamento del collo dai tessuti vicini fino alla periferia anteriore succede di solito senz'altra perdita di sangue. Il bistorì viene portato contro il collo, finchè esso sia reso libero d'ambo i lati in tutta la sua estensione, cioè fino a ridosso del corpo. Arrestata ogni emorragia, si incide la periferia anteriore, stirando fortemente l'utero all'indietro per tendere il fornice anteriore. Inciso questo, io mi servo della falange ungueale per scollare la vescica nella sua parte, che è in rapporto col collo, spingendomi più o meno in alto a seconda dell'estensione di questi rapporti, estensione che varia assai, al pari di quella tra fornice posteriore e collo dell'utero. L'ho trovata talvolta di 1 cent., talvolta di 6 cent. e più. Non di rado bisogna ricorrere al bistorì per rompere qualche fascio più saldo. Anche qui si farà subito una sutura possibilmente esatta della superficie scollata colla parete vaginale per mezzo di piccoli aghi, che vengono fatti passare sotto i tessuti, rasente alla vescica, tenendosi appena sotto alla superficie. Bastano di solito quattro di queste suture per ottenere l'emostasi, e per fare un tutto continuo della sutura, che contorna il foro praticato nei fornici.

Arrestata l'emorragia, torno all' isolamento della parte posteriore dell'utero: esamino il volume e la mobilità dell'utero, e lo afferro al labbro posteriore con una pinza di Muzeux per tirarlo fortemente in avanti. Nello spazio del Douglas si introduce uno speculum del Simon o un divaricatore laterale, per impedire che il fondo nella sua discesa in basso venga trattenuto dal margine posteriore della ferita. Portando le pinze di Muzeux sempre più in alto, si tira mano mano in corrispondenza all'apertura la superficie posteriore del corpo, ed il fondo dell'utero. Se l'utero è mobile e non molto voluminoso, questa estrazione non incontra gravi difficoltà; se è ampio e grosso, può tornare assai difficile questo momento dell'operazione. Il còmpito vien talvolta facilitato, se si solleva il collo dietro la sinfisi; in altri casi ho introdotto nell'utero lo strumento qui figurato (fig. 177), per far eseguire all'utero il capitombolo. La sua introduzione potrebbe urtare in ostacoli per l'angustia del canal cervicale, ma sarebbero facilmente superati spaccando questo canale. Io però faccio volentieri a meno di questo strumento, perchè con esso si viene di solito a perforare la parete posteriore dell' utero, e il contenuto si versa sulla superficie della ferita.

Quanto più alto si sarà spinto l'isolamento dell'utero sui lati, tanto più facile ne sarà la discesa. Se si deva fare il capitombolo in avanti od all'indietro, può dipendere nei singoli casi dagli speciali rapporti. Di solito io trovo assai più comodo il capitombolo posteriore: all'occasione ho però adottato anche l'anteriore, oppure l'isolamento completo prima da un lato poi dall'altro. Può darsi che il capitombolo non occorra. In

alcuni casi l'estrazione dell'utero è facilitata incidendolo longitudinalmente.

Fatto il capitombolo, si isola ai lati dell'utero l'inserzione dei legamenti larghi, dispiegando le tube e la parte di legamento, che le avvicina, per farne la legatura in due o tre segmenti al disopra del legamento infundibulo pelvico. Queste masse vengono fissate all'orlo della ferita vaginale prima di venir incise (1). L'isolamento nell'escavazione vescicc-uterina riesce facile, se si tengono le forbici od il bistorì sempre a ridosso dell' utero. Anche qui mi piace cucire il peritoneo colla parete vaginale prima che, completato il distacco, esso si sottragga dalla possibilità di un controllo. Se l'emorragia si arresta completamente, si passa a cucire la breccia nei fornici mediante sutura continua in catgut, tagliando corti i fili di allacciatura. Rimane così solo una sottile cicatrice in senso trasversale. Per ultimo si vuota la vescica, che appositamente fu lasciata distesa prima dell'operazione. In vagina non si mette medicazione di sorta.

Fig. 177. — Strumento per facilitare il capitombolo dell'utero.

È relativamente raro che durante l'osservazione le anse intestinali si ficchino nel campo operativo, o vengano anche solo in vista. Se per caso disturbano, si trattengono con una spugna, che le preserva pure da eventuali lesioni.

L' operazione ha durata diversa a seconda delle difficoltà incontrate specialmente nel primo stadio, durata che oscilla fra 20 minuti e due ore. Se l' utero gode di tutta la sua mobilità e il peritoneo è facilmente accessibile, la perdita di sangue è minima: in simili casi ho spesso constatato che essa non sorpassava i 10 gr. di sangue. Può invece diventar cospicua in altri casi, anche se con opportuni punti di sutura si è cercato di rendere ischemici i tessuti da incidersi. È però molto tempo che non mi accade di vedere di queste emorragie minac-

(1) Vedi Düvelius, Centralbl. f. Gyn.1885, N. 48.

ciose: per frenarle prontamente è indispensabile essere molto pratici nel maneggio dell'ago.

Le emorragie raggiungono una intensità speciale nelle malattie degli annessi, sia che trattisi di cicatrici da flogosi pregresse, o di iniziale infiltrazione. Forse il fatto, che io negli ultimi tempi non ebbi più a presenziare serie emorragie, è da attribuirsi in parte alla maggior riserva che ho adottato nei casi di simili infiltrazioni, nei quali vado molto più a rilento di una volta nell'applicare l'estirpazione totale, sebbene spesso si tratti di casi in apparenza favorevoli (1).

Del resto io sono sempre riuscito ad arrestare le emorragie, anche se rilevanti, colla legatura in seno ai tessuti dei vasi sanguinanti, più d'una volta dovendo ricorrere a grossi aghi impiantati nel pavimento pelvico lungo le pareti del bacino.

Nell'isterectomia per prolasso io ricorrevo un tempo all'emostasi profilattica mediante laccio costrittore: ora non mi sembra più necessaria. In questi casi io ho aperto lo spazio del Douglas trasversalmente oppure con una incisione, che dall'inserzione posteriore della vagina si prolungava perpendicolarmente verso l'utero retroflesso e giacente davanti alla rima vulvare, e da questa bottoniera ho praticato la sutura, dapprima posteriormente e lateralmente, infine anteriormente, per procedere nel resto come nella descrizione testè data.

Al drenaggio dello spazio del Douglas ho rinunciato fin dal 1890. La migliorata statistica da questa modificazione in poi conferma i buoni risultati già avuti da Kaltenbach (2) ed altri.

La cura consecutiva è più che tutto aspettante: vescica di ghiaccio sul ventre e riposo: se vi sono dolori, che possono essere rilevanti specialmente da parte della vagina, si ricorre alla morfina: se la donna non urina spontaneamente, si ricorre al cateterismo. Fino a che persiste la tendenza al vomito, non si dà alcun cibo: e solo dopo cessati gli effetti del cloroformio si darà latte, vino ed acqua, brodo; al 3.°-4.° giorno carne. Lavature in vagina se ne fanno solo in casi di secrezione troppo abbondante e di cattivo odore. In 12.ª giornata la donna lascierà il letto. Se verso il 14.° giorno si distende la vagina per ispezionare la ferita, se ne trova completamente occluso il fondo. A questo periodo non mi è mai capitato di constatare una libera comunicazione fra vagina e cavo peritoneale. La cicatrice, formatasi senza distacco di cospicui lembi di tessuto, come si potrebbe credere in seguito alle numerose legature praticate, è molto solida, raramente più lunga di due centimetri, ed ha forma raggiata. Se nel decorso della guarigione sopravvengono emorragie, come vidi accadere per vomito ripetuto, bastano

(1) Schultze, Deutsche mediz. Zeitung 1885.
(2) Centr. f. Gyn. 1880, N. 11, e Staude, Deutsche med. Wochenschrift, 1886.

per lo più a frenarle le irrigazioni con acqua freddissima o calda a 50°; se no, bisognerà ricorrere alla sutura per chiudere di nuovo il punto sanguinante. Il pericolo maggiore per l'operata sta nell'infezione settica, che può essere occasionata dalle masse ulcerate di decomposizione e dagli streptococchi accumulati in tutto il canale uterino. Witte ha dimostrato bacteriologicamente con nuovo materiale la frequenza di questo fatto. Perciò la disinfezione delle ulcerazioni dovrà essere possibilmente radicale (1).

Nella infezione settica del peritoneo, ho fatto talvolta per lo passato il tentativo di disinfettare il cavo addominale: ma l'esito di questa disinfezione è per lo più incompleto, e l'infezione riesce grave e minacciosa quanto dopo le laparotomie. Più d'una volta si vede formarsi nei monconi dei legamenti larghi un essudato, che non importa però un pericolo così grave quanto l'interessamento del peritoneo. La raccolta si svuota o verso la vagina, o per il lume ancora conservato dell'apertura, e ne segue la guarigione.

Come già si disse, sebbene la breccia praticata nei fornici resti beante durante l'operazione, non è facile che attraverso ad essa si renda procidente, od anche solo accessibile alla vista, una qualche ansa intestinale: in ogni modo si potrà prevenirne una ferita.

Invece in un caso, nel quale si era constatata l'infiltrazione carcinomatosa di ghiandole sottoperitoneali, in modo da rendere ineseguibile un'operazione radicale, si constatò durante la convalescenza che le anse del tenue avevano contratto coalito col fondo dello spazio del Douglas, e, trattandosi di donna ad alto grado di anemia, si era stabilito un processo di mortificazione in vari punti, dando origine a fistole intestinali, che evacuavano il loro contenuto nel fornice. In seguito ai disturbi di nutrizione causati da queste fistole, la paziente veniva a deperire rapidamente, ad onta dei tentativi di nutrizione pel retto, e forse in parte anche per il rapido sviluppo del neoplasma canceroso. Ho tentato poi di resecare le anse intestinali fistolose, per permettere almeno una migliore nutrizione, ma ciò a nulla valse, e la paziente si incamminò rapidamente alla tomba. È questo l'unico caso di complicazione da parte dell'intestino, caso che, del resto, come lo dimostrò la seconda operazione, era complicato anche per estesa infezione del mesenterio e altri punti dell'intestino.

Di ferite immediate della vescica io non ne ho vedute; però talvolta dai tragitti di fili, che toccano la vescica, si vede in seguito originare una comunicazione tra vescica e vagina.

In tre casi, nei quali, come in tutti gli altri, subito dopo l'operazione si estrasse dalla vescica un'orina chiara e limpida, si ebbe nel decorso del 1.° mese perforazione di un punto dell'apparato urinario; ma in due di questi casi si trattava di una piccola fistola capillare.

---

(1) Vedi Winter, Soc. di Ost. e Gin. in Berlino, Dicembre 1892. — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXIV.

La fistola nell'una lasciava passare l'urina in vagina solo ad intervalli, sicchè l'ammalata non ne aveva disturbo alcuno per intere giornate, e negli altri giorni si trovava pochissimo bagnata. Era tanto lieve il disturbo causato dalla fistola, che la donna rifiutò ogni tentativo, anche al solo scopo di assodare la situazione della fistola, e si considerò come pienamente guarita. La paziente soccombette a tisi polmonare dopo un anno e nove mesi, senza che vi fosse traccia di recidiva locale.

L'altra paziente, per l'estirpazione vaginale di un utero sarcomatoso, riportò una fistola, che guarì in poche settimane mediante cauterizzazione con nitrato d'argento e tintura di iodio. La terza può trattenere l'urina per due ore prima che si scarichi in vagina; la paziente non si è ancora decisa a sottomettersi ad un qualche tentativo di cura.

Le vie anatomiche di recidiva cercò il Winter di indagare in uno studio assai interessante. Dalle sue osservazioni pare che la recidiva si svolga più spesso da infezione per contatto in vagina, che non per infezione cancerosa delle ghiandole pelviche. Dalle mie osservazioni risulterebbe più frequente quest'ultimo modo. Siccome però anche il primo è evidentemente possibile, sarà sempre necessaria una rigorosa disinfezione delle superfici ulcerate. Il maggior numero delle recidive si ha entro i primi 6 mesi. Anche dopo 3 anni di apparente guarigione si può vedere una recidiva. Dopo il 4.° anno si dovrebbe pensare piuttosto ad una nuova malattia, anzichè ad una recidiva dell'antica.

VI. Malattia della tuba.

Introduzione.

La conoscenza delle malattie tubariche rappresenta l' ultimo anello nella catena della patologia dei genitali femminili. Solo dopo la proposta di Hegar (1) della palpazione delle tube pel retto, e dopo che la mia (2) di servirsi della loro origine dall'utero come di punto di partenza per la diagnosi fu penetrata nella pratica, è diventato generale l'interesse per le malattie delle tube. Di solito le tube, grosse appena come una matita nella parte uterina, crescono assai di volume verso l'estremo addominale, che si può chiaramente distinguere sopra o presso il corrispondente ovaio, all'indietro ed all'esterno dell'utero.

Partendo dall'estremo uterino, è abbastanza facile distinguere le tube dai legamenti rotondi assai più esili, ed anche delle ovaie, intorno alle quali esse si dispongono spesso a guisa di corona, nonchè da aderenze patologiche, che non di rado si sviluppano fra queste parti.

Solo coll'eseguire con mani molto leggiere l'esplorazione combinata si può riescire con una certa facilità e sicurezza in donne non cloroformizzate, purchè si tratti di casi favorevoli. La palpazione delle tube e gli spostamenti impressi a questi organi non sollevano nella donna dolore di sorta.

Sull'anatomia della mucosa tubarica dominarono a lungo non poche incertezze. In base alle indagini di Hennig (3), si ammise da molti che quella mucosa contenesse delle ghiandole, benchè gli anatomici, e specialmente Henle (4), non siano riusciti a dimostrarne l'esistenza. Anche le mie replicate osservazioni escludono che la mucosa tubarica contenga fisiologicamente delle ghiandole. — Essa mucosa offre innumerevoli villosità, che ad una sezione trasversale della tuba si vedono aumentare considerevolmente verso il padiglione (vedi anche le eleganti sezioni dei

---

(1) Oper. Gyn. 2.ª Ed. p. 49.

(2) VIII Congr. intern. a Copenaghen 1884. — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XIII.

(3) Catarrh der weibl. Genitalien. 1862.

(4) Trattato di anatomia 1874. — Il materiale osservato nella mia pratica fu studiato da Orthmann, Beiträge zur normalen Histologie und zur Pathologie der Tuben, Virchow's Archiv, 108, 1887.

preparati iniettati di Leopold. Arch. für Gyn. VI). Questi così detti villi non sono altro che la sezione trasversale delle pliche longitudinali, le quali, appena accennate all'estremo uterino (fig. 178), aumentano rapidamente, e verso il padiglione, moltiplicandosi le ripiegature superficiali, danno alla sezione l'aspetto di una struttura villosa con ramificazioni dendritiche (fig. 179).

All'esterno della mucosa si trova la tonaca muscolare, risultante

Fig. 178. — Sezione trasversale della tuba, a livello dell'orificio uterino (Kiderlen).

da uno strato di fibre circolari e da uno di fibre longitudinali, poco ricchi di vasi nella metà interna della tuba: assai copiosamente vascolarizzati con tronchi di vario spessore verso l'ostio addominale (v. fig. 179).

La tonaca sierosa circonda la muscolare fino a quella parte della periferia, che prospetta verso il legamento largo. Sul padiglione il peritoneo termina bruscamente in un orlo netto, a zig zag, che lo divide dalla mucosa. Non ho trovato costante la fimbria ovarica di Henle.

La tuba si ammala con una certa frequenza. Winckel (1) su 500 cadaveri di donna ha trovato in più di 300 casi delle alterazioni patologiche delle tube. Io su 1000 casi, presi dal mio materiale policlinico senza scelta, ho trovato malattie o meglio alterazioni delle tube 63 volte. Certo, molte delle più lievi alterazioni riscontrate da Winckel alla tavola anatomica sfuggono alla constatazione in vita. Anche nel mio materiale, nonostate il controllo offerto dall'esame di parecchi esperti nel diagnostico ginecologico, può darsi che qualche caso sia passato inosservato.

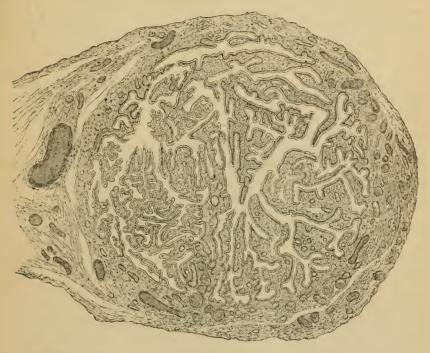



Fig. 179. — Sezione della tuba a livello dell'ostio addominale. Hartnack, oc. 2. obb. 2 (Orthmann).

Ad ogni modo le affezioni delle tube sono tra le più frequenti nella sfera genitale femminile.

Rarissimo fu il reperto di affezioni limitate alla sola tuba. Certo in più d'un caso non riesciva possibile constatare direttamente un'alterazione in altro segmento dell'apparato genitale; ma l'anamnesi dimostrava quasi sempre con sufficiente sicurezza la preesistenza di lesioni nell'utero o nel peritoneo.

---

(1) Winckel, Lehrbuch der Frauenkrankheiten 1886, 567.

Frequentissima la compartecipazione della mucosa uterina, rara quella del solo peritoneo.

Di 287 affette da malattie tubariche, che io curai fino al 15 Settembre 1886, solo 3 non avevano raggiunto i venti anni: la maggior parte erano fra i venti ed i trenta; al di là dell'età critica erano pure rarissimi i casi 210 erano maritate, ma non in tutte le rimanenti si poteva constatare l'intatta verginità, 220 avevano partorito; è notevole la frequenza di gravidanze, che non avevano raggiunto il termine normale; 60 avevano semplicemente abortito.

In più di due terzi l'utero era malato per endometrite di data recente od antica con erosioni, metrite cronica, versioni e flessioni dell'utero. In quasi la metà si avevano chiare tracce di perimetrite, in forma di resti di essudati nel piccolo bacino, o di aderenze dei singoli visceri, specialmente fra tuba ed ovaio. Anche nei parametrî si trovarono frequentissime retrazioni cicatriziali. Poche le pazienti che offrissero ancora flogosi recenti ai genitali esterni, gonorrea, ulceri sifilitiche, bartolinite, adenite inguinale 6 volte coesisteva un cancro, 3 volte un mioma, 20 volte un tumore ovarico od una ovarite cronica.

In nessuna dunque delle 287 malate l'affezione tubarica poteva dirsi primitiva. Solo Hegar (1) ha denunciato la relativa frequenza della localizzazione della tubercolosi nella tuba; a me è ben di rado occorso di poterla dimostrare (2).

All'opposto l'affezione tubarica in 144 casi si poteva senz'altro considerare come secondaria ad un processo cronico catarrale nell'apparato genitale; quali microrganismi vi avessero parte, non è ancora possibile accertarlo cogli attuali mezzi diagnostici.

Delle rimanenti 143, in 70 era preceduto un processo infettivo puerperale, e vengono così confermate le note viste di Buhi ed E. Martin sul nesso fra peritonite puerperale e salpingite; 59 volte si poteva constatare un'infezione blenorragica o sifilitica. La dimostrazione della presenza dei gonococchi, che fino a pochi anni fa apparteneva alle più grandi rarità, non ha oggi più nulla di sorprendente (3). In 9 donne esisteva una tubercolosi polmonare. La presenza del diplococco lanceolato di Fränkel nel pus tubarico non si può omai considerare come qualche cosa di patognomonico. L'osservazione di Zeemann di actinomicosi delle tube rimase finora isolata. L'affezione è bilaterale in quasi la metà dei casi (140 volte su 287 casi). Fra le forme unilaterali prevale tanto manifestamente la sinistra sulla destra (97: 50) da giustificare il sospetto che vi sia una speciale predisposizione.

I. — Salpingite.

Anatomia patologica delle malattie tubariche. In primo luogo troviamo quelle lesioni, che siamo soliti vedere nelle infiammazioni catarrali acute di qualunque altra mucosa, la tumefazione cioe della mucosa e

(1) Die Genitaltuberculose; Stuttgart 1886.
(2) Orthmann, Soc. di Ost. e Gin. Berlino, 28 Gennaio 1887.
(3) Vedi Menge, Witte, Wertheim, l. c.

specialmente delle sue pliche, conservandosi però spesso perfettamente normale l'epitelio di rivestimento. Il colore è rosso vivo, si trovano ecchimosi più o meno grandi sotto il rivestimento epiteliare e fin nello spessore della muscolare. Più profonda è l'alterazione, quando si vede diffondersi nella mucosa una infiltrazione cellulare, d'onde inspessimento della mucosa e in special modo delle pliche, *salpingite catarrale* (fig. 180). Sotto l'influenza di questi stati irritativi, nella profondità dei solchi fra plica e plica si formano dei piccoli diverticoli, che ad una sezione trasversale assumono l'apparenza di introflessioni ghiandolari, sicchè l'aspetto, che se ne ha, assomiglia a quello delle erosioni sulla *portio*, cioè di introflessioni ghiandolari in un substrato fisiologi-

Fig. 180. — Salpingite catarrale (Orthmann) Hartnack, oc. 2, obb. 4. — *m* mucosa, *m'* muscolare.

camente privo di ghiandole, *salpingite catarrale proliferante* (fig. 186). Certo bisogna andar molto cauti nel valutare un tale reperto, perchè le lesioni della mucosa dànno luogo a sviluppo della tuba anche nel senso della lunghezza, ed essa può perciò assumere un decorso assai tortuoso. Allora la sezione può colpire il lume della tuba in un punto ove corrisponde una o più curvature, cosicchè in una stessa sezione si possono trovare in apparenza parecchi lumi tubarici.

In queste forme catarrali la secrezione spesso è notevolmente aumentata: è un secreto mucoso, quasi sempre limpido, raramente tinto in sanguigno. La sostanza caratteristica, che vi avrebbe dimostrato l'Hennig (l. c.), la ialina, io non ho potuto constatarla; forse era troppo scarsa la secrezione. È solubile nell'acido acetico diluito, negli alcali caustici, specialmente la soda, ecc.

È affatto diverso il contegno della mucosa sotto l'azione di quegli stimoli, che portano alla suppurazione. Si ha allora rapidamente una forte infiltrazione di piccole cellule, che dalla mucosa si diffonde presto

nella tonaca muscolare. L'infiltrazione interstiziale dissocia i fasci muscolari, che si trovano qua e là a gruppi in preda a degenerazione adiposa. I vasi sono assai congesti: qua e là si hanno ecchimosi. Questa salpingite interstiziale (fig. 182) si sviluppa con distruzione dell'epitelio: le pliche sembrano corrose, e, caduto il loro rivestimento epiteliare, scompaiono: si determinano allora occlusioni ed ectasie nel lume della tuba, spesso comunicanti ampiamente l'una coll'altra, talora in rapporto solo per angusti canali. La parete infiltrata forma una rigida massa cicatri-

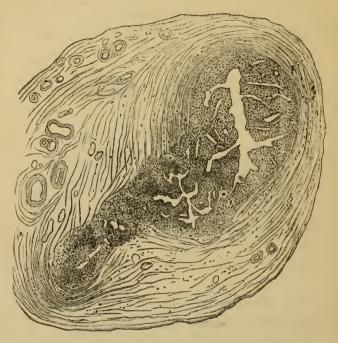



Fig. 181. — Salpingite catarrale proliferante (Kiderlen) ingr. di 6 diam.

ziale assai aumentata di spessore: la muscolatura scompare, ed al suo posto si trova una massa connettivale con nutrizione deficiente o affatto mancante. In altri casi la parete è come disseminata da spazî cistici, che, provvisti di uno strato di epitelio o affatto senza epitelio, con contenuto purulento mucoso, danno alla parete stessa una apparenza alveolare; fra le sottili trabecole si trovano le cavità irregolari, delle quali è difficile discernere il modo di comunicazione; la così detta *salpingite follicolare* (fig. 183).

Infine anche le masse rigide si fondono: e si incontrano raccolte di pus, ora tenue, ora inspessito e caseoso, ora coll'aspetto di un liquido di ingrato odore, torbido per la secrezione degli elementi che ricoprono la

parete di uno strato in via di disfacimento, frapposto a pareti coriacee o disfatte, che vengono preservate da una rottura soltanto per l'appog-

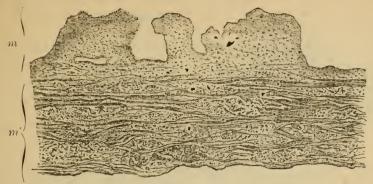



Fig. 182. — Salpingite interstiziale (Orthmann) Hartnack oc. 2; obb. 4 — m mucosa; m, muscolare.

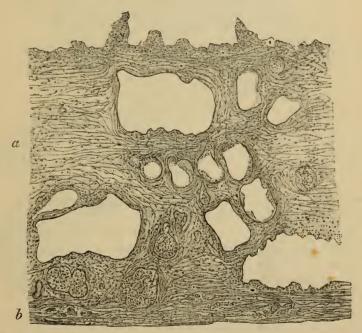



Fig. 183. — Salpingite follicolare (Orthmann) (Hartnack, oc. 2, obb. 4) a, mucosa; b, muscolare.

gio che loro forniscono le molteplici aderenze della superficie con tutti gli organi vicini. Una immagine esattissima di questi processi distruttivi la offre la fig. 184 tolta al trattato dello Schröder. Sul carattere di questo contenuto tubarico occorre aggiungere che la sua virulenza non è sem-

pre certa, nemmeno quando l'ammalata febbricita. Il pus, abbia poi l'aspetto del pus *bonum et laudabile* degli antichi, o sia anche di cattivo o fetidissimo odore, talvolta non contiene alcun germe, tal'altra è infettante al massimo grado. L'unico mezzo per chiarire la diagnosi sta nelle colture e negli innesti.

Una alterazione assai caratteristica della muscolare fu descritta nei suoi gradi estremi da Kaltenbach (1). Egli trovò la muscolatura in istato di ipertrofia eccentrica, da lui attribuita alla ostacolata evacuazione del contenuto tubarico pel fatto delle contrazioni uterine. Una tale ipertro-

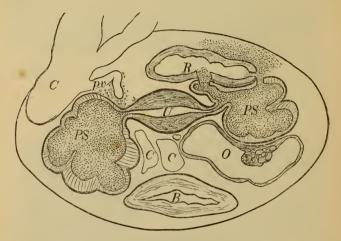



Fig. 184. — (Schröder). utero, *B* vescica, *PS* piosalpingi, *O* cisti dell'ovaio sinistro, *C* ceco, *pv* processo vermiforme, *R* retto, *CC* cisti intraperitoneali per raccolta di siero fra le aderenze.

fia muscolare l'ho riscontrata anch'io più volte, ma non mai al punto che si trova nel preparato di Kaltenbach.

Mentre si ordiscono queste lesioni della mucosa e della muscolare, pare venga assai precocemente interessato anche il rivestimento sieroso della tuba. È raro che si abbia una abbondante essudazione, che lasci vedere inspessita la sezione della sierosa. Più spesso si hanno, senza alterazioni molto spiccate, delle aderenze cogli organi vicini. Con speciale frequenza si vedono saldarsi tra loro quei punti della sierosa, che vengono a toccarsi per le tortuosità descritte dalla tuba. Così questa viene a formare un intricato intreccio di spire, che coi tessuti vicini, e specialmente coll'utero e coll'ovaio, costituisce un'unica massa, ove a stento si potrebbero scernere le singole parti.

La forma, il volume, la posizione, il decorso della tuba si modifi-

(1) Centralbl. f. Gyn. 1885, n 43.

cano assai variamente a seconda del modo di comportarsi del lume tubarico, e del suo contenuto, e a seconda che vi giungano agenti specifici irritanti o putridi.

Se per lo più i tumori tubarici hanno piccolo volume, possono però crescere fino al volume di una testa di adulto.

Fig. 185. — Salpingite catarrale, ovarite cronica (Orthmann) a 1/2 grand.

Una speciale considerazione merita il modo, con cui si ottura l'ostio addominale, sia per infiammazione dei tessuti vicini, o per la presenza di neoplasmi. Talvolta è il margine peritoneale del padiglione che si salda: il punto atresico appare allora stirato indentro come una rosetta, come una cicatrice ombelicale, nell' estremo espanso del padiglione atteggiato a tumore e teso.

Un esempio tipico del genere lo offriva una donna di 19 anni, alla quale per violenti dolori dovetti, sei mesi dopo il matrimonio, estirpare la tuba destra atteggiata a piosalpinge da blenorragia, contratta verosimilmente nei primi tempi del matrimonio. La tuba sinistra era tumefatta, dello spessore di un pollice, e foggiata a clava verso il padiglione, l'estremità offriva l'atresia a forma di rosetta introflessa. Nella speranza di conservare alla giovane sposa almeno questa tuba presso cui si trovava l'ovaio sinistro apparentemente sano, essendo arrossato solo il contorno peritoneale, io esercitai una lieve pressione sul padiglione. La tuba si schiuse nel punto atresico, le fimbrie tumefatte si aprirono come i petali di una mimosa, e lasciarono vedere nell'interno della tuba, la quale aveva uno scarsissimo contenuto liquido. Tanto la mucosa che la muscolatura erano considerevolmente inspessite, probabilmente per la forte imbibizione sierosa.

Fig. 186. — Piosalpinge, atresia della tuba, ovarite cronica, cisti del para-ovario; a grand. naturale (Orthmann).

In altri casi il padiglione si ottura, perchè la tuba viene compresa in una massa di essudati, che la fissano alle ovaie od a qualche altro organo vicino. I rapporti fra la tuba ammalata e le ovaie possono variare assai. L'ovaio può non contrarre alcuna aderenza colla tuba pro-

fondamente alterata (fig. 185 e 186), e i due organi formano un'unica massa, un tumore tubo-ovarico. La fig. 187 dà l'idea di un tumore tubo-ovarico come ne ho potuto spesso constatare all'esame clinico e all'atto operativo. Altre volte i due organi si fondono (fig. 188), e per assottigliamento ed usura della parete, che li divide, può stabilirsi una comunicazione fra le cavità che in essi si sono scavate. Talvolta questa fusione sembra congenita. Le fimbrie pescano nell'ovaio in uno spazio follicolare. Tale fusione prende nome di tuba ovarica (1). Una forma speciale di fusione tra un sacco da idrope tubarica, ed un follicolo ectasico dell'ovaio fu descritta da Burnier (2) in base a preparati di Schröder.

Secondo l'interpretazione di Burnier, sono i follicoli di Graaf spe-

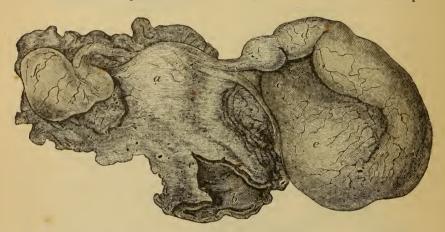



Fig. 187. — (tolta in parte da Beigel e modificata) *a* utero. *b* vagina, *c* collo, *d* tuba, *e e* tumore tubo-ovarico destro, *f* idrope della tuba sinistra, *g* ovaio sinistro.

cialmente interessati in questa fusione. Le fimbrie del padiglione si saldano all'ovaio in un punto, dove trovasi un follicolo presso alla maturanza: ne viene una comunicazione come è rappresentata dalle fig. 189-190 e 191.

Il contenuto della tuba viene verosimilmente a tingersi di sangue ad ogni mestruazione, se pure non si versa sangue puro. Alcuni fra i miei preparati lasciano sospettare che durante la mestruazione si avverino degli stravasi di sangue nelle tube, e che questo sangue, se non viene riassorbito, si riversi all'esterno attraverso all'utero. Ma il sangue si può arrestare dietro un coagulo, e la tuba si converte in una sacca

(1) Questa forma di fusione fu da me illustrata nella mia conferenza su alcuni preparati tubarici. La suppurazione aveva portato a formazione di ascesso nella tuba e nell'ovaio, ascessi che, scomparso il setto, s'erano fusi, trovandosi avvolti in un essudato, che riempiva la parte corrispondente dello scavo.

(2) Diss. inaug. Berlino 1883, e Zeitschrift. f. Geb u. Gyn. V.

emorragica, che può assumere le proporzioni di un ampio tumore, e perfino scoppiare. Più d'una volta ho visto verificarsi la rottura di tali

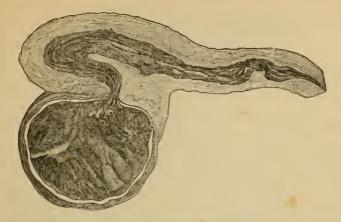



Fig. 188. — Piosalpinge — Comunicazione fra la tuba e l'ovaio suppurato.

sacche con versamento del sangue nel cavo addominale, anche senza che esistesse una gravidanza tubarica. Ma è più comune l'arrestarsi della emorragia per l'aumentata pressione.

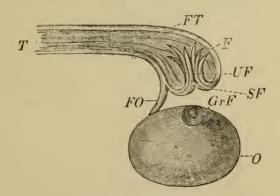



Fig. 189. — (Burnier). *T* tuba, *FT* pieghe della mucosa tubarica, *F* fimbrie, *FO* fimbria ovarica, *O* ovaio, *UF* fimbria introflessa, *SF* superficie sierosa della fimbria, *GrF* follicolo di Graaf.

Aumentando il contenuto, trattisi poi di sierosità o di sangue, ed esistendo atresia degli orificii, si ha la formazione del così detto *idrosalpinge* o dell'*ematosalpinge.* La produzione di un *piosalpinge* presuppone di necessità l'intervento di germi flogogeni specifici.

Sintomi clinici della salpingite. — Negli stadi recenti le pazienti,

assieme a fenomeni infiammatorî dei genitali esterni, dell'uretra e del-

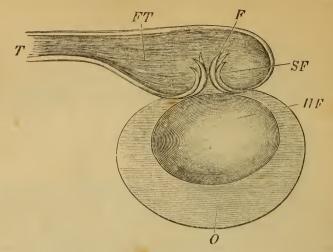
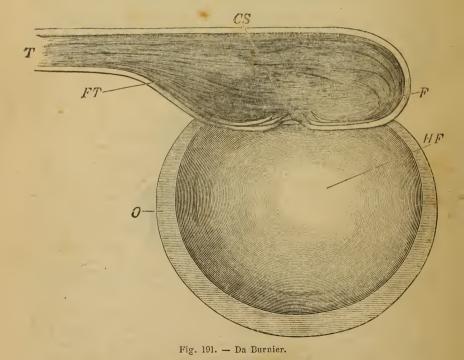



Fig. 190. — Follicolo idropico (Burnier).

Fig. 191. — Da Burnier.

l'utero, accusano dolori profondi limitati ad un lato od estesi a tutti e due. Questo dolore dapprima si sospende, senza però scomparire affatto.

Passa a lungo quasi inosservato, ma aumenta sotto gli sforzi, e si esacerba pei movimenti intestinali: raggiunge l'acme al tempo della mestruazione, rende spesso intollerabile la coabitazione, si associa a segni di viva irritazione peritoneale, poi si calma: e così il dolore profondo, coi segni del catarro genitale, può durare per molto tempo, senza quasi venir modificato dai varî tentativi di terapia. Accade più volte di considerare queste donne per isteriche, portando tutta l'attenzione sui disturbi nervosi, i quali abbastanza spesso figurano fra i fenomeni di compressione determinati dal sacco tubarico sugli organi pelvici, o sui nervi delle estremità inferiori. In altri casi sono assai spiccati i segni della perimetrite. Se il contenuto della tuba si versa nella cavità addominale, si sviluppano improvvisi e minacciosi i sintomi della peritonite acuta, che poi si emendano, per recidivare di tempo in tempo. Per lo più, e questo è forse il più costante fra i sintomi delle malattie tubariche, la mestruazione è irregolare, profusa e dolorosa.

Czempin (1) ha accennato allo speciale risentimento, che per le malattie della tuba si appalesa nella mucosa uterina. Egli ha raccolto nel mio materiale una serie di casi, nei quali si osservavano forti emorragie mestruali ed atipiche.

Talvolta dopo una violenta esacerbazione dei dolori si verifica l'evacuazione del contenuto dalla tuba attraverso l'utero — *salpingitis profluens* (2) e l'improvviso scolo di notevoli quantità di liquido dalla vagina. Siccome però è eccezionale che manchi lo stato catarrale dell'endometrio, è naturale che a questo si voglia far risalire l'origine del liquido evacuato. Ad ogni modo la provenienza tubarica è resa verosimile, quando le pazienti si sentono d'improvviso assai sollevate, e l'esame locale constata un notevole cambiamento e la scomparsa del sacco, fino a quel momento percepito ai lati dell'utero.

È raro che uno stravaso emorragico nel sacco tubarico, se non è in rapporto con una gravidanza, assuma tali proporzioni da dar luogo ai segni di una grave anemia acuta, come mi è però qualche volta occorso di vedere negli stravasi più copiosi. Per lo più i sintomi sono in rapporto soltanto coll'aumento della pressione interna, associandosi al dolore cupo e profondo un vivo senso di tensione dolorosa. La rottura di un'ematosalpinge per lo più si concomita con intensi fenomeni di irritazione peritoneale. Se l'emorragia si arresta, la paziente si rimette grado grado, e può anche ristabilirsi completamente. Ma, continuando l'emorragia, può sopravvenire la morte per aggravamento dell'anemia e per peritonite.

---

(1) Congresso di Berlino, 1886.

(2) Haussmann, Ueber Retentionsgeschwülste schleimigen Inhaltes in d. weibl. Genitalien. Zürich, 1876.

Quando il contenuto tubarico passa a suppurazione, se il male ha decorso acuto, non manca alcuno dei sintomi, che sogliono accompagnare le raccolte purulente, dolore vivo, brivido, aumento di temperatura. Il piosalpinge a decorso cronico anche con grave deperimento delle forze, può guarire per graduale regressione del pus.

Per rapido aumento del contenuto può, sebbene di rado, rompersi il sacco, ed il pus riversarsi al difuori di esso. Di solito preesistono estese aderenze degli organi vicini, sicchè l'evacuazione del piosalpinge nel cavo peritoneale diventa un fatto eccezionale. Il pus può svuotarsi nell'intestino, nella vescica, in vagina, o in diverticoli saccati dal peritoneo, e di lì all'esterno.

Molte volte la paziente, già esausta all'estremo per le lunghe sofferenze, riceve da questa complicazione e dalla conseguente infezione cronica il colpo di grazia: raramente si ha per questa via la guarigione.

La diagnosi della salpingite basa essenzialmente sulla possibilità di distinguere la tuba nella massa, in cui per lo più essa sembra incorporata. Io sono convinto che colla palpazione si possa diagnosticare con una tal qual sicurezza una malattia tubarica, solo quando con essa si giunga ad isolare e a distinguere nettamente l'estremo uterino della tuba, che del resto è piuttosto raro che prenda parte alla malattia (1).

Perciò emetto la diagnosi appena quando mi riesce possibile di sentire direttamente il nesso del tumore coll'utero a livello dell'estremo uterino.

Una ulteriore difficoltà nel diagnostico deriva dalle aderenze, che il tumore contrae quasi sempre cogli organi vicini. Tutta la massa costituisce un unico tumore tubo-ovarico voluminoso, nodoso, variabile nella sua consistenza. Ogni tentativo per isolarne colla palpazione le singole parti non porta che troppo facilmente alla lacerazione delle aderenze ed alla rottura del tumore.

Per tali rotture qualche volta ho visto essere assai limitati i sintomi; sembrava anzi che il processo ne risentisse un certo miglioramento, fors'anche un passaggio a guarigione; ma in altri casi insorsero profuse emorragie nella cavità addominale, delle quali non mi fu possibile rendermi padrone se non colla laparotomia per arrestare l'emorragia alla sua origine. In altri casi ancora si determinò peritonite violenta e profondo collasso, per il quale ad onta della febbre e dell'intensa flogosi peritoneale, dovetti praticare la laparotomia. In ambedue le eventualità finora il risultato fu più che soddisfacente, ma, potendo, si eviterà di esporsi a dover fare la laparotomia in condizioni così tristi. La possibilità di simili evenienze ci astringe alla massima cautela.

(1) Congresso di Kopenhagen, 1884.

Le malattie isolate della tuba sono rare; di solito vi è interessato anche l'ovaio. Nei tumori dell'ovaio la tuba è stirata in lunghezza, può anche scorrere in tutta la sua estensione sulla superficie del tumore.

Le modificazioni determinate nell'ovaio dalla ovarite si collegano per lo più alla salpingite. Si riesce allora a sentire la tuba ingrossata a partire dall'estremo uterino, che spicca come una massa consistente e tortuosa di fronte alla massa più molle ed ovoidale dell'ovaio malato.

L'estremo turgido e atteggiato a clava della tuba è tratto profondamente nello spazio del Douglas. Se il legamento largo è intatto, il sacco tubarico può apparire completamente mobile, e spostabile come un tumore ovarico sopra lo stretto superiore. Se invece il legamento largo per infiltrazione parametritica o per cicatrici è impossibilitato a distendersi, se l'ovaio viene dal rigido legamento utero-ovarico trattenuto fissamente a ridosso dell'utero, allora il sacco tubarico ne viene fissato come da un mesosalpinge, e il suo estremo dilatato viene a porsi nella profondità della tasca del Douglas. Spesso è difficile distinguere a quale tuba appartenga il sacco, che occupa la tasca del Douglas, se non si arriva a palparne l'estremità uterina.

Si potrebbe anche confondere con un mioma sottosieroso, eventualità però che io credo piuttosto lontana. Tale mioma dovrebbe avere sviluppo sottosieroso da un corno del corpo uterino, e non credo che si potrebbe riuscire ad isolarlo dalla massa dell'utero, come accade di regola per le malattie della tuba.

In confronto agli essudati nei parametrii mi pare abbia somma importanza nella diagnosi differenziale la circostanza, che questi essudati sono di solito situati assai più profondamente nel legamento largo, deprimono i fornici, e anche quando sono induriti non offrono mai quella sorta di connessione all'utero, che è tutta propria dei tumori tubarici.

Per l'appunto è comunissimo lo scambio diagnostico fra essudati nel parametrio e raccolte tubariche, come io me ne sono convinto in gran numero di casi della mia pratica policlinica ed in consulti. L'infezione, da cui hanno origine, è molte volte la stessa. Da principio non si riesce a distinguerli colla palpazione, ma quando l'essudato del parametrio è riassorbito, rimane il tumore tubarico. Per lo più ha nel bacino una sede più alta dell'essudato: si ricordi specialmente che quasi solo nei tumori tubarici accade di poter fissare con precisione la forma, la sede, i contorni. La palpazione dell'estremità uterina toglie ogni dubbio.

Anche negli ematomi estraperitoneali di solito mancano questi caratteri, a meno che non coesista per avventura coll'ematoma o colla parametrite una salpingite, come ebbi io pure occasione di osservare.

La diagnosi è però sempre difficoltata da una quantità di ostacoli,

quando non si riesca nei primi stadî del male ad isolare la tuba rigonfia e a stabilirne l' estensione, le connessioni cogli organi vicini, e il grado di sensibilità.

Il precedente di un puerperio morboso, di una infezione blenorragica, la sterilità, lo stato di marasma, in cui giace da lungo tempo la donna, dovrebbero, in mancanza di chiari sintomi diretti, far rivolgere la nostra attenzione in questa direzione, tanto più se dall'epoca d'insorgenza di questo subdolo male si sono presentati disturbi nella mestruazione, perdita delle forze, senso di profonda prostrazione e dimagramento. La diagnosi potrebbe riescire assai ardua per l'esistenza di aderenze estese, per la complicazione di malattie dell'ovaio, di essudati peri o parametritici, o di stati cronici irritativi dei parametrii; e se in questi casi non si riescisse a delimitare l'estremo uterino della tuba, sarà estremamente difficile il giungere ad un diagnostico sicuro.

Trattandosi di un organo così profondamente situato, e così difficilmente accessibile, è ovvio che la prognosi sarà poco favorevole. Un catarro della tuba potrebbe certo guarire in modo completo: anche un processo suppurativo potrebbe passare a guarigione completa. Se si ha atrofia di striscie limitate di mucosa, obliterazione del lume tubarico, e formazione di spazî da ritenzione, non si può più sperare in una *restitutio ad integrum.*

Se fra la tuba e l'utero si ristabilisce una comunicazione (salpingitis profluens) è ammissibile la possibilità di una guarigione, che pur tuttavia accade assai di rado.

Naturalmente le malattie tubariche, se bilaterali, rappresentano una delle più gravi cause di sterilità. Ma l'esperienza mostra che sarebbe ingiusto ritenere definitivamente sterili le donne malate di salpingite recente, finchè non ne sia venuta l'occlusione della tuba. La guarigione può essere completa; anche dopo una indubbia salpingite blenorragica bilaterale ho osservato delle gravidanze normali.

Del resto non di rado le due tube ammalano l' una dopo l' altra, senza che il secreto sia identico in ambedue: un piosalpinge d' un lato può complicarsi con una salpingite catarrale del lato opposto.

L'atresia delle tube esclude il concepimento; ma io ho dimostrato essere possibile anche qui un intervento curativo coll'apertura delle tube atresiche (1).

La salpingite cronica esercita una grave influenza sulle condizioni generali. Se non si riesce a guarirla, non resta che l'estirpazione.

Non pare attuabile negli stadî recenti una adatta cura locale della

---

(1) Conferenze Volkmann, Maggio, 1889. N. 343. — Vedi anche Skutsch. Nel mio ultimo rendiconto (Società Ted. di Ginec. in Bonn, 1891) ho potuto riferire due casi di gravidanza dopo resezione di tube atresiche.

salpingite, tanto più che vi è ogni interesse ad evitare un intervento troppo brusco, per non dar luogo ad evacuazione o rottura.

Nell'acuzie del male si mitigheranno i dolori con sottrazioni sanguigne al basso ventre, col freddo e coi narcotici. Poi si cerca di provocare la regressione dell'organo malato con tutti i mezzi, che si sa dall'esperienza conducono al riassorbimento del pus ed alla scomparsa degli essudati nella sfera genitale. Si adotteranno perciò i preparati di iodio, le muffe, i fanghi, le iniezioni calde, le energiche derivazioni intestinali, il riposo sessuale, l'opportuna igiene e la dieta conveniente per alleviare il male. Con una certa frequenza si riesce così nei casi recenti a mitigare i disturbi, a portarli per un certo tempo ad un grado tollerabile, o a sospenderli completamente, tanto da lasciare degli intervalli piuttosto lunghi di calma; anzi perfino colla sola cura policlinica ho visto ottenere un'euforia di parecchi anni di durata. Con una cura di questo genere ho visto delle tube ingrossate al punto da formare dei sacchetti e dei tumori piuttosto voluminosi, ridursi al volume normale; se però il lume tubarico si abbia a ritenere ristabilito, non si potrebbe naturalmente constatare senza una laparotomia.

Se tutti questi mezzi riescono vani, se la malattia non è modificata da alcuna terapia razionale, la cura più giustificata e promettente è l'estirpazione della tuba, che si dovrà perciò fare quando il male si è dimostrato ribelle a tutti gli altri metodi di cura.

L'estirpazione della tuba malata fu primo Hegar (1) ad eseguirla dietro piano prestabilito: dopo di lui Lawson-Tait (2) ed io (3) abbiamo fatto un gran numero di salpingotomie. (Riguardo all'operazione di Lawson-Tait vedi sotto, al capitolo sulla castrazione).

In seguito la salpingotomia per malattie della tuba fu riconosciuta da tutte le parti come un'operazione perfettamente giustificata, e ne fanno fede le numerose comunicazioni nella letteratura medica americana, inglese, e recentemente anche nella tedesca (4).

L'operazione di solito è assai complicata dall'aderenza dell'intestino colla parete della tuba. Non si riesce a togliere queste aderenze solo quando sono già in corso la fusione e la perforazione. Abitualmente io stacco le aderenze colle unghie: se si ha qualche dubbio sulla possibilità di conservare intatte le due pareti, incido la parete della tuba e, se necessario, ne abbandono uno strato addosso all'intestino. I casi comuni

---

(1) Castration der Frauen, 1878. — Centralbl. f. Gyn. 1878, N. 2. — Wiedow, Centralbl. f. Gyn. 1878.

(2) Brit. Med. Journal, 1 Maggio 1877.

(3) La 1.ª operazione il 1 Novembre 1877 (Soc. di Ost. e Ginec. di Berlino 25 Nov. 1879). — Bertram, Berl. klin. Wochenschr. 1883. N. 4.

(4) Vedi Hegar e Kaltenbach, III. ediz., p. 417. — Gusserow, Congresso di Berlino 1886 e Meinert.

permettono di isolare completamente la tuba; per lo più l'ovaio corrispondente deve essere sacrificato. Ciò che costituisce una differenza coll'andamento tipico dell'ovariotomia è la necessità di formare il peduncolo nel legamento largo, di ricoprire con peritoneo il moncone uterino della tuba, e di suturare le ferite della sierosa che dànno sangue, specialmente sull'utero.

Le aderenze coll'intestino e la vescica sono di solito così profonde, e la loro parete in corrispondenza dell'aderenza è così infiltrata che non sempre è possibile la separazione senza aprire il lume dell'organo. Se esistono fistole accade eccezionalmente di doverle chiudere isolatamente. Se il difetto è ampio deve però essere suturato. Si dovrà allora escidere l'orlo per arrivare su un tessuto addatto ad una esatta sutura. Ciò mi parve necessario specialmente nei casi, in cui l'aderenza non era sul pavimento pelvico, ma alla parete posteriore, sulla sezione alta del retto: in questi casi è facilissima la lacerazione dell'intestino.

Qualche volta ho provato dopo fatta la laparotomia a pungere il sacco dalla vagina sotto il controllo dell'occhio, e far poi un ampio drenaggio (1). Ora ho abbandonato questo metodo, distacco il sacco, e reseco l'intestino se la sua parete si lacera.

Mentre prima usavo aspirare il contenuto tubarico prima del distacco (2), negli ultimi tempi ho abbandonato tale pratica, perchè è molto meno facile l'isolare un sacco vuoto. D'altronde l'aspirazione non dà garanzia sicura riguardo all'asepsi della cavità addominale. Io circondo con spugna il sacco, in modo da raccogliervi il secreto fluente. Ricordo poi la diversa virulenza dei secreti, come già dissi.

Il numero complessivo delle mie salpingectomie sale a 175.

Fino alla metà del Febbraio 1887 io ho eseguito, come riferivo nella 2.ª ed. di questo trattato, 77 salpingectomie con 14 morte. Da allora fino alla fine del 1892 ebbi a fare 102 operazioni per malattia tubarica da meritare la qualifica di salpingectomie, sebbene fosse contemporaneamente ammalato anche l'ovaio corrispondente. Di queste 102 ne sono morte 10. Solo una fu operata per idrosalpinge bilaterale, le altre per salpingite da gonococco o da streptococco.

Per gravidanza tubarica fino al Gennaio 1893 ho operato 52 volte con 9 morte.

Resezione della tuba. — Se la tuba è atresica, il modo di operare deve dipendere dalla qualità del contenuto del sacco. Io lo incido: se contiene pus o un liquido di aspetto dubbio, si esporta la tuba. Spesso non si trova contenuto liquido, oppure si trova un liquido, sieroso o sanguigno; allora si lava la tuba, si affrontano ai margini dell'incisione l'orlo peri-

(1) Bigelow, Metodo di A. Martin, Amer. Journ. of Obst. 1887.
(2) Winter, Soc. di Ost. e Gin in Berlino, 28 Nov. 1892.

toneale e tubarico con punti staccati o continui fino a che l'emorragia cessi, e si arrovescia sull'ovaio il lume aperto (1). Su 40 resezioni ho visto finora verificarsi due volte la gravidanza.

2. — Malattie delle pareti della tuba.

È raro veder alterata in modo primario la parete della tuba. Più d'una volta ho rimosso delle tube ingrossate, credendo di trovarne il lume ampliato: al contrario trovai solo uno straordinario inspessimento delle pareti. Alla sezione era specialmente lo strato muscolare, che appariva ingrossato, con aspetto calloso e cicatriziale, qua e là disseminato di focolai purulenti e di fasci connettivali, e con scarsi e piccoli spazî ripieni di sangue.

La mucosa si trovava per lo più in uno stato di atrofia, di involuzione cicatriziale, in modo da giustificare il sospetto che anche in essa si fosse svolto un processo morboso.

Non si poterono constatare sintomi proprî a questa forma di lesione della tuba; i sintomi erano piuttosto dovuti a contemporanea malattia degli organi vicini, e specialmente del peritoneo.

Riguardo all'ipertrofia muscolare descritta da Kaltenbach, vedi sopra.

3. — Gravidanza tubarica.

Il numero sorprendente delle osservazioni fatte ovunque in questi ultimi anni ha considerevolmente esteso le nostre cognizioni sulla gravidanza tubarica. Noi dobbiamo attribuire questo aumento di casi alla maggior facilità, con cui medici e pubblico si risolvono all'operazione.

Nelle gravidanze ectopiche la tubarica tiene il primo posto. Nelle mie 57 osservazioni si hanno 52 gravidanze tubariche contro una ovarica: in due non fu fatta nè operazione, nè autopsia: due rimasero dubbie anche dopo l'autopsia.

Per lo più la tuba porta l'uovo nella sua parte ampollare, le cui pliche si prestano all'ulteriore sviluppo; nell'istmo è più frequente l'inserzione dell'uovo che non nella cosidetta parte interstiziale.

Le forme tubo-addominali come nella figura 192 sono rare: per lo più si tratta di forme di passaggio.

L'eziologia è ancora incerta, non conoscendosi ancora dalla fisiologia il punto ove si verifica il concepimento. Forse la gravidanza extrauterina si ha. quando la tuba permette il passaggio dello sperma. Gli ostacoli sul decorso della tuba, inflessioni, polipi, sono complicazioni rare;

(1) Società Tedesca di Ginec. Bonn 1891.

per lo più la tuba è sana, quando vi si sviluppa l'uovo. Certo l'anamnesi in molti casi rivela la precedenza di processi infiammatori.

Ma le difficoltà nello sviluppo dell'uovo ci portano necessariamente a credere che la mucosa tubarica sia ritornata sana, per lo meno nel punto ove si fissò l'uovo fecondato.

Sopra 52 casi, si osservò l'uovo 31 volte nella tuba destra, 21 nella sinistra.

Anatomia della gravidanza tubarica. — Si sa che l'inserzione dell'uovo provoca subito nella tuba la formazione di una decidua. L'uovo

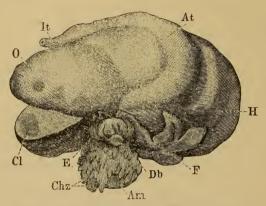



Fig. 192. — Gravidanza tubo-addominale. *O*, ovaio. *Cl.* corpo luteo. *it*, istmo. *at*, ampolla tubarica. *H*, ematoma dell'ampolla. *F*, fimbria ovarica. *E*, embrione. *Chz*, villi. *Am*, amnios. *Db*, vescicola ombelicale.

si affonda fra pliche, che lo avvolgono; queste pliche si ipertrofizzano e si ha in esse una copiosa neoformazione vasale. I capillari si dilatano, si atteggiano a spazii intervillosi, che circondano i villi. È degna di nota la loro formazione irregolare, in confronto a quanto avviene normalmente nell'utero.

Sulla parte delle pliche, che è rivolta verso l'uovo, l'epitelio ad un solo strato si fa stratificato: le cellule appaiono più piccole, arrotondate. I nuclei impiccoliscono e presentano figure di scissione. Nella parte delle pliche, che non prospetta l'uovo, l'epitelio rimane ad unico strato ma appiattito. Non di rado si trovano molte pliche addossate l'una all'altra, sì da avere l'aspetto di membrane stratificate.

Le masse epiteliali più strettamente addossate all'uovo abbracciano in parte i villi; rappresentano la decidua reflessa. Non si ha però una completa inclusione dell'uovo come nella reflessa uterina. La parte distale dell'uovo rimane allo scoperto. L'estremità della reflessa circonda l'uovo a guisa di un alto cercine.

La massa connettivale delle pliche prende parte solo più tardi alla proliferazione, sicchè non si può dir nulla di certo ancora sulla prove-

nienza delle cellule deciduali. A differenza di ciò che succede nella caduca uterina, la tubarica si forma solo in corrispondenza dei villi coriali. Di più essa si sviluppa a focolai in forma di ammassi cellulari disgregati, e non pare che formi una membrana continua.

Quando è avvenuta la formazione della placenta, questa, per quanto se ne sa, non differisce essenzialmente dalla uterina.

La muscolatura della tuba subisce mutamenti rilevanti e spesso solo là dove l'uovo si inserisce. Mentre la muscolatura uterina cresce e progressivamente si sviluppa, nella tuba si cambia in uno strato di tessuto inetto ad ogni funzione. Molti fasci muscolari si atrofizzano per compressione esercitata dall'uovo; altri vengono divaricati; i nuclei non si colorano più; l'apparato connettivo di sostegno è atrofico.

Molte volte si trovano tracce di emorragie capillari in forma di granuli di pigmento, anche se la tuba è ancora intatta.

Il peritoneo può essere inalterato, o in uno stato di proliferazione che si appalesa nella stratificazione e nell' aumento di volume delle cellule (1).

Di fronte a queste alterazioni nella zona di inserzione dell' uovo, non si hanno negli altri segmenti della tuba che modificazioni irrilevanti.

Anche la parete, che sta di fronte all'uovo, può essere quasi intatta, se si astrae dagli effetti di compressione esercitata dall'uovo. Ad ogni modo la parte uterina è sempre meno interessata del'a addominale. La estremità delle fimbrie è quasi sempre ipertrofica. La parete della tuba ridotta anche ad una sottile membrana si può sempre isolare come tale, purchè non vada incontro a rottura nella catastrofe finale.

La distensione della parete talvolta dà luogo ad un diverticolo, che si eleva sulle parti circostanti con un margine netto, quanto la decidua nella mucosa.

Non sempre si riesce a dimostrare l'epitelio vibratile nel resto della tuba: esso cade molte volte nell'ulteriore decorso della gravidanza, se non era già stato distrutto da malattie pregresse. Anche il contenuto della tuba al disotto dell'uovo può essere patologico: qualche volta trovai idrope, pus o raccolte di sangue.

Sviluppandosi ulteriormente l'uovo, il lume della tuba si può inflettere, il canale spostarsi, torcersi, od assumere decorso serpentino. Il padiglione resta di solito aperto, quantunque la pressione dell'uovo comprimendo l'ostio contro le pareti pelviche possa farlo parere otturato. Con ciò si spiega il reperto così frequente di emorragie dall'ostio ed uscita dall'uovo del feto. La chiusura dell'ostio dovrebbe, se si trova, interpretarsi come un processo regressivo dopo la morte dell' uovo ed associato alle emorragie.

---

(1) Orthmann. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XX.

La forma assunta dalla tuba varia col punto di inserzione dell'uovo. L'ampolla, che contiene l'uovo, assume forma di clava. La porzione di parete che porta l'uovo è inspessita per lo sviluppo che assume la serotina. Se il legamento largo che serve da mesosalpinge è normale, concede la formazione di una specie di peduncolo e permette una certa mobilità, paragonabile a quella di un tumore ovarico non aderente. La precedenza di cicatrici nel parametrio ostacola tale libero sviluppo. Il tumore viene trattenuto nel bacino e si incurva a guisa di storta attorno all'ovaio immobilizzato dalla tensione del legamento utero-ovarico. Allora l'irritazione peritoneale e la pressione esercitata dal tumore sempre crescente rappresentano le condizioni necessarie per lo stabilirsi di aderenze peritoneali, tanto più se di tratto in tratto si ha qualche piccola emorragia.

Sviluppo intralegamentoso. — Accade relativamente di rado — 11 volte sui miei 52 casi di gravidanza tubarica — che l'uovo sia inserto su quella parte della parete tubarica che prospetta il legamento largo. Allora si può formare un diverticolo fra i foglietti del legamento largo. Lo spazio sottoperitoneale può aprirsi al punto da essere in grado di accogliere un uovo maturo. In queste gravidanze intralegamentose l'ovaio si trova spinto da una parte: più d'una volta l'ho trovato all'apice del tumore; una volta sulla sua faccia anteriore.

Modificazioni analoghe alle accennate si incontrano nei casi di sviluppo dell'uovo nella parte interstiziale della tuba, le forme tubo-uterine, e nei casi di gravidanza in un corno uterino rudimentario. La differenza, secondo C. Ruge, sarebbe che nella gravidanza interstiziale il fondo dell'utero viene cacciato in alto verso il lato opposto, e viene a disporsi quasi perpendicolarmente, mentre nella gravidanza in un corno rudimentario questo si trova incurvato verso un lato, e riconoscibile per la tuba che parte dalla sua estremità (1).

In modo speciale si comportano i casi di gravidanza interstiziale, nei quali l'uovo dalla tuba è passato a svilupparsi nella cavità uterina. Se, come nel caso di Bache Emmet (2), ne sussegue una gravidanza secondaria intrauterina con espulsione spontanea per le vie naturali, si trovano evitate nel modo più stupefacente tutte le difficoltà create dalla inserzione ectopica.

Mentre della gravidanza tubarica si hanno questi dettagli di struttura, quanto alla gravidanza ovarica questo solo si sa, che nelle sue pareti si possono trovare tracce di tessuto ovarico, follicoli, tubi di Pflüger, vasi contorti a spirale: la superficie esterna è formata dagli strati dell'albuginea. La faccia interna presenta una specie di formazione deci-

(1) Simon. Diss. inaug. Berlin 1885.
(2) New-Jork Obstetr. soc., 1891.

duale: grandi cellule stratificate con vasi molto sviluppati, senza che vi si possa riconoscere, almeno nei due casi a me occorsi, la struttura di una vera serotina. Il sacco fetale era pieno di sangue, le pareti in parte infiltrate. Nel mio caso N. 40 il feto trasformato in litopedion era stato portato per 19 anni nel sacco.

I casi di gravidanza addominale primitiva sembrano sempre così problematici, che io rinuncio ad una critica dei singoli reperti.

Fra le modificazioni dei visceri pelvici e delle altre parti del corpo, che accompagnano l'inserzione ectopica, reclamano il nostro interesse quelle dell'utero. L'utero appare tumido, il suo volume è aumentato, come osservò a ragione E. Fränkel (Berl. Klin. 1890) in forma di ipertrofia generale, mentre nella gravidanza intrauterina vi ha prevalente sviluppo del corpo.

Lo sviluppo della decidua uterina ha un valore speciale, perchè secondo gli studii di Wyder essa ha tanta importanza per la diagnosi. È certo che lo sviluppo di questa caduca uterina simpatica è costante. Non sempre però succede con tanta regolarità come potrebbe credersi dai molti disegni di preparati, che ci rappresentano un vero stampo della cavità uterina.

Su 56 osservazioni solo per caso mi imbattei in un simile esemplare. I preparati ottenuti col raschiamento e i frammenti che ci furono presentati per esame presentavano spesso una formazione deciduale quasi ad isole fra parti più o meno estese di un endometrio in istato di forte irritazione. Nove volte il raschiamento fornì risultati negativi, mentre la laparotomia dimostrò con certezza la gravidanza ectopica. In questi casi si può credere che precoci disturbi della circolazione, specialmente al tempo della congestione mestrua, abbiano occasionato emorragie capillari anche nella caduca uterina, e ciò abbia dato luogo a distruzione rapida, parziale eliminazione e rigenerazione.

Il momento della metamorfosi regressiva non coincide costantemente con dette alterazioni nel sacco, cosicchè dalla espulsione della caduca noi non possiamo per nulla concludere alla morte del feto o ad altra iniziata alterazione di sviluppo.

Noi sappiamo da molti esempii (1) che, a fianco della gravidanza ectopica, se ne può sviluppare contemporaneamente una uterina. La possibilità di una gravidanza gemellare in una tuba è dimostrata dal preparato di C. Ruge. Dopo la pubblicazione di Puech (2) si sono moltiplicati i casi di gravidanza extrauterina ripetuta nella stessa persona: così recentemente quelli di L. Meyer (Hospital Tidende 1890), di Bois-

---

(1) Browe. Amer. Gyn. Soc., 1891. VI. p. 445; recentemente v. Rosthorn. Wiener klin Wochenschr. 1890. N. 22.

(2) Gaz. obstetr., 1857. N. 21.

leux al congresso tedesco del 1891, e di Mackenrodt alla Soc. Ted. di Ostetr. e Gin., 8 Gennaio 1892.

D'altra parte nulla impedisce che dopo una gravidanza ectopica la donna non ne possa avere anche una intrauterina, come mostra il noto caso di Leinzell (1).

Sugli esiti della gravidanza extrauterina non vi è gran disaccordo. Per quanto siasi moltiplicato il numero dei casi, in cui i feti giunsero al termine, questo esito è però assolutamente raro di fronte alla precoce interruzione, che anche oggi dobbiamo considerare come la regola. La catastrofe temuta si presenta di preferenza nei primi tre mesi. Secondo le mie osservazioni, essa si ebbe;

nel	1.°	mese	15	volte
»	2.°	»	13	»
»	3.°	»	11	»
»	4.°	»	7	»
»	5.°	»	4	»
»	6.°	»	2	»
»	7.°	»	1	»
»	8.°	»	2	»
»	9.°	»	1	»

Solo in un caso si intervenne a feto vivo; 2 volte i feti erano giunti al termine od erano stati portati al di là del termine per venire estratti colla laparotomia solo 12 o 19 anni dopo.

La causa della precoce interruzione della gravidanza tubarica sta nella incongruenza fra l'uovo in via di sviluppo e la cavità che lo accoglie: solo eccezionalmente non esiste conflitto, e la gravidanza giunge al suo termine.

Queste gravidanze inoltrate che per la massima parte hanno uno sviluppo intralegamentoso del sacco possono, come è noto, per un intervento a tempo debito, dare un feto vitale. Molto più spesso il feto soccombe, il sacco suppura, e con gravi fenomeni generali avviene l'evacuazione: più di rado si ha la mummificazione o la formazione di litopedion, processi che possono svolgersi qualunque sia l'età della gravidanza.

Si riteneva un tempo che l'esito più comune della interruzione precoce fosse la rottura del sacco: Werth pel primo ha dimostrato che spesso non si ha rottura, ma espulsione dell'uovo per l'ostio addominale della tuba (2). Egli chiamò questo processo: *aborto tubarico*. J. Veit va tanto in là nel confronto di questo aborto coll'uterino, da vedere

(1) Orth, Dissert. inaug. Tübingen e Stuttgart, 1853.

(2) Beiträge zur anatomischen und operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Stuttgart, 1887.

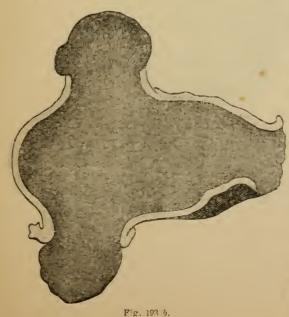
nella distensione del resistente orificio tubarico una specie di formazione di un cercine di contrazione (1).

Per me non si tratta di una attività propria della muscolatura tubarica, incapace a funzionare, ma di una conseguenza dell'emorragia che stacca l' uovo dal suo impianto, e lo trascina verso l'apertura fisiologica. In pari tempo può aversi anche rottura, come lo mostra la fig. 193 (*a* e *b*).

Non sempre il sangue esce subito dall'ostio addominale; può dar luogo a distruzione in luogo dell'uovo, e i resti dei villi e del feto si trovano fra i coaguli. L'uovo può trovarsi tutto infiltrato di sangue, come alla fig. 194. Se però non si ha svuotamento nella cavità addominale, non è per questo finito il processo; il ripetersi dell'emorragia può portare alla stessa pericolosa anemia come nell'aborto primario (2).

Fig. 193. *a* — Gravidanza tubarica. *B.* punto della rottura. *Sch.* cisti gravidica. *O.* orificio addominale della tuba. *H.* ematoma sporgente dall' orificio addominale.

Fig. 193 *b*.

L'aprirsi del sacco nella cavità addominale dà sempre luogo ad un grave schock. Il sangue può versarsi liberamente, o riusci-

(1) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXIV.
(2) Jacoby. Dissert. inaug., 1890.

re in uno spazio chiuso, e nello sviluppo intralegamentoso trovarsi anche extraperitoneale. Le tre forme possono anche combinarsi. Se la donna non soccombe, è possibile l'assorbimento non solo del sangue, ma anche dell'uovo (1). Il feto può essere riassorbito fino allo scheletro (fig. 195).

La paziente non presentava nè nell'anamnesi, nè nello stato presente segni di ravidanza ectopica. Lo scheletro del feto trimestre si trovava sotto la tuba, conte-

Fig. 194. — Gravid. tubarica. Ematoma del sacco e dell'uovo.

nente col sacco del sangue coagulato e del pus. A piedi del feto si vede la sezione della tuba; ad ambo i lati del capo tracce di aderenze cogli organi vicini.

Sulla frequenza relativa dei diversi esiti abbiamo le diligenti tavole di Schauta (2). Esse contengono 241 casi, in cui l'uovo fu lasciato a sè. Si ebbe:

Rottura ed emorragia libera nel cavo addominale.	128	volte
Rottura, ematocele, peritonite.	22	»
Peritonite.	20	»
Apertura nell'intestino	34	»
Apertura nella vescica	9	»
Apertura attraverso le pareti addominali. . . .	5	»
Apertura in vagina	4	»
Espulsione per l'utero	6	»
Incarceramento	4	»
Litopedion senza molestie . . . . , ...	9	»
	241	

(1) Confr. Leopold, Archiv f. Gyn. XVI.

(2) Beiträge zur Casuistik, Prognose, Therapie der Extrauterinschwangerschaft, 1891.

Io posso aggiungere 5 casi della mia statistica; tutte e cinque morirono per anemia; inoltre fu constatata la rottura all'autopsia.

La sintomatologia della gravidanza tubarica ha certamente guadagnato in chiarezza coll'aumento delle osservazioni ben constatate. Noi sappiamo che l'inserzione ectopica dell'uovo porta con sè le stesse modificazioni, che si hanno nella gravidanza uterina. Cessazione dei me-

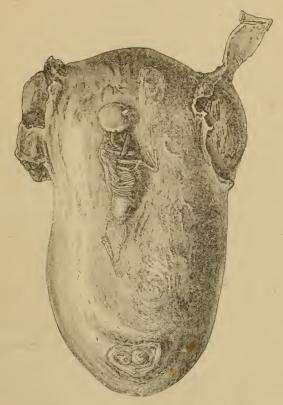



Fig. 195. — Gravidanza tubarica. Lo scheletro del feto si trova all'esterno del sacco.

strui, modificazioni e specialmente aumentata circolazione negli organi vicini e nelle mammelle: pigmentazioni, sviluppo di adipe e così via. I veri segni certi sono anche qui la percezione del battito cardiaco, dei movimenti attivi, e il palleggiamento.

È raro però che i sintomi si sviluppino regolarmente. Ed appunto l'ostacolo alla diagnosi sta in ciò che l'effetto deleterio dello sviluppo ectopico si presenta prima che abbia avuto tempo a svolgersi la serie regolare dei sintomi, mentre residui di antiche malattie e alterazioni locali recenti si associano per oscurare il quadro fenomenologico.

Per le prime settimane e pei primi mesi spesso manca un complesso sicuro di sintomi, come del resto accade spesso anche nella gravidanza uterina; altre volte fin dal principio la donna è afflitta da violenti dolori e da sintomi peritoneali.

Le mestruazioni mostrano per solito una certa irregolarità, sospensione, ritardo, espulsione di lembi deciduali. Ha grande importanza la constatazione della mancanza in questi lembi di ogni residuo di villi (segno di Wyder). Ma spesso la mucosa non ha traccia alcuna di evoluzione deciduale. Allora la diagnosi posa sul reperto della esplorazione. Presso all'utero si sente un tumore molliccio, l'utero stesso è rammollito, il collo livido, con vasi fortemente pulsanti ai lati o sullo stesso tumore. Se si ha il tempo di seguire lo sviluppo del tumore mentre mancano i mestrui, la diagnosi acquista in certezza.

La rottura o l'aborto si diagnosticano dai dolori intermittenti nel bacino, dall'aumento di volume, l'indurimento del tumore, poi collasso, anemia acuta, afflosciamento del tumore. Se questo scompare, se con una anemia grave accentuantesi ad intervalli non si riesce a delimitare colla percussione alcuna ottusità sul ventre teso, mentre nel bacino si sentono delle masse di sangue incapsulate, la diagnosi di rottura di una gravidanza tubarica si impone.

Molti dànno valore alla consistenza del tumore. Certo la mollezza e la succulenza del tumore gravidico sono caratteristiche, di fronte agli organi vicini, di consistenza più dure, sebbene anch'essi parzialmente rammolliti.

Contrazioni nel sacco non ne ho mai sentite. Se si indurisce, ritengo sia per distensione da sangue versato. Invece spesso ho potuto sentire contrarsi vicino l'utero non gravido.

Nella rottura la cisti scompare; nell'aborto si sente ancora sebbene assai impicciolita ed afflosciata. Sulla possibilità di riconoscere la formazione di un ematocele o di un ematoma, o il versamento di sangue libero nel ventre, non voglio ora dilungarmi. Se vi ha versamento libero, nei primi giorni si potrà constatare l'abolizione della risonanza alla percussione. Quanto maggiore è il tempo trascorso dalla rottura all'esame, tanto più difficile è la diagnosi, perchè i processi di riassorbimento ed eventualmente anche la peritonite distruggono la chiarezza del reperto.

La diagnosi della morte del feto e conseguenti modificazioni si può fare solo tenendo conto di una accurata anamnesi. I casi di formazione di litopedion, come quello operato da me nel 1879, si sottrarranno sempre alla diagnosi (mestrui regolari, nessuna traccia di peritonite, appena qualche lieve emorragia atipica nei dieci anni di matrimonio). Così pure riuscirono vane le nostre indagini diagnostiche in casi come quello da me riprodotto a fig. 194.

Se vi ha formazione di ascesso ed eliminazione di parti fetali, viene naturalmente tolto ogni dubbio sulla natura del male.

Io mi credo anche oggi autorizzato ad affermare che la diagnosi di gravidanza ectopica è solo una diagnosi di probabilità, all'infuori dei casi in cui si è potuto seguire l'aumento del sacco fetale al di fuori dell'utero, o si constatò una decidua intrauterina senza traccie di corion o si arrivò ad avvertire la presenza del feto. E ciò è tanto più vero per le prime 6-8 settimane, cioè per quel periodo, in cui si verifica più spesso la tanto temuta catastrofe.

La diagnosi della varietà di gravidanza ectopica sarà possibile solo eccezionalmente e per la sola inserzione tubarica, dato che si arrivi in condizioni specialmente favorevoli ad avvertire il passaggio della tuba nel tumore. Ma siccome di solito a datare dal 3.° mese si sviluppano aderenze alla superficie del tumore, e le forme peduncolate divengono sempre più rare, così viene a scemare sempre più la possibilità di una tale differenziazione.

Ben raramente accadrà di dover discutere sulla prognosi fetale. Di fronte ai pochi casi di sviluppo normale ed estrazione a termine di feti vivi si trova un numero assai prevalente di gravidanze ectopiche constatate in epoca in cui i feti non sono capaci di vità extrauterina, tanto che dobbiamo considerare come una fortuna che la gravida si presenti a noi appunto in questa epoca ad invocare le nostre cure.

Ogni tentativo di intervento in donne presso al termine per estrarre un feto vivo non solo fallisce per lo più allo scopo, ma per un complesso di circostanze costituisce di solito un pericolo per la donna, sicchè è meglio rinunciarvi.

La prognosi della gravidanza extrauterina per la madre deve essere studiata in base ai principii seguiti da Schauta nel suo lavoro già citato. Egli ha raccolto negli ultimi 15 anni 241 casi lasciati a sè e 385 con intervento operativo.

Io ho cercato di completare la statistica di Schauta colla bibliografia fino al Luglio 1892.

Se sommiamo queste cifre, ne risulta che:

di 255 casi lasciati a sè	36,9 %	guarirono
	63,1 %	morirono
di 515 con intervento operativo . .	76,7 %	guarirono
	23,3 %	morirono

Per ciò la prognosi della gravidanza extrauterina pare oggidì migliorata per effetto della migliorata diagnosi e del cambiamento nella terapia. Noi ricorderemo sempre che la gravidanza ectopica solo di rado da un feto vivo, che è non meno raro l'esito di una involuzione innocua (lito-

pedion, mummificazione), e che per lo più dà luogo a morte del prodotto del concepimento per emorragia nella cavità che lo accoglie. Siccome questa emorragia porta a versamento del sangue nella cavità addominale attraverso all'ostio tubarico (il così detto aborto tubarico) o a rottura della tuba nella sua continuità, sia verso la cavità peritoneale, sia verso il legamento largo; e siccome solo eccezionalmente l'emorragia si arresta, mentre nella maggioranza dei casi si ha morte per anemia acuta o per peritonite, così dobbiamo con Werth mettere la gravidanza ectopica a pari di un tumore clinicamente maligno, e trarne le stesse indicazioni terapeutiche. In altre parole la prognosi dipende dalla diagnosi stabilita precocemente e dall'intervento razionale.

Terapia. — In cosa dovrà consistere questo intervento?

Anzitutto osserviamo che a feto vivo e a termine il nostro compito deve essere quello di estrarlo. La possibilità è dimostrata; il timore per la placenta è ingiustificato, purchè si esporti in toto il sacco allacciandone la base, o si allaccino separatamente i vasi afferenti, o si tamponi sull'esempio degli operatori di un tempo il sacco cucito alle pareti addominali.

I tentativi per uccidere *in situ* il prodotto del concepimento e determinarne così il riassorbimento sono stati ripresi in questi ultimi tempi, e non senza qualche giustificazione, in quanto che si otterrebbe lo scopo senza pericolo immediato per la madre e senza lunghe sofferenze.

Da questo punto di vista merita certo attenzione la proposta ripresentata da F. v. Winkel (1) di uccidere il feto con iniezioni di morfina; di sei, casi gli riuscì in questo modo di portarne cinque a rapida e sorprendente guarigione.

Già si trovano quà e la relazioni di casi altrettanto favorevoli di altri colleghi, ma il materiale raccolto non basta ancora ad una sicura decisione. Io, studiando il mio materiale in rapporto alla opportunità di un tale intervento, non posso trattenermi da due osservazioni; i casi in cui noi troviamo un feto vivo sono rarissimi in confronto di quelli in cui il feto è morto: inoltre la morte del feto non è sicura garanzia nè contro l'emorragia, nè contro la rottura e tutte le altre tristi conseguenze.

Per quanto dunque siano incoraggianti i risultati finora ottenuti colle iniezioni di morfina, bisogna attendere ancora una più vasta esperienza, specialmente in rapporto all'ultima considerazione fatta.

Altro metodo, che si propone lo stesso scopo è l'elettroterapia. Io condivido con un gran numero di colleghi i dubbî più serî sulla opportunità della corrente elettrica per raggiungere questo scopo. Più

(1) Deutsche Gesellsch. f. Gyn. III Congr. Halle, 1889.

vive sono le diffidenze in Francia, mentre molti colleghi americani e russi parlano in favore del metodo.

L'elettropuntura è respinta anche dagli ellettroterapisti più convinti; la maggior parte fa uso del polo positivo, alcuni del negativo. Non solo l'incertezza dell'effetto forma un ostacolo alla diffusione del metodo, ma vi contribuiscono i dubbì espressi da Tuttle (1), e da altri e condivisi da moltissimi, se proprio in tutti i casi favorevoli pubblicati si trattava di gravidanza extrauterina.

Si riferiscono casi in cui l'elettroterapia avrebbe avuto per effetto di mutare una gravidanza interstiziale in una uterina determinando il passaggio dell'uovo nella cavità dell'utero. Non sono casi sufficientemente dimostrativi per farci ammettere questa azione alla elettricità.

Mi è di grande soddisfazione il trovarmi a questo riguardo in perfetto accordo con Lawson Tait e con Pozzi.

Quelli fra noi, che si associano ai principì formulati da Tait (2) e da Werth (3), portano una esperienza ognora crescente in favore del concetto che il metodo di cura della gravidanza extrauterina consista nell'estirpazione del sacco integro o minacciante rottura. Al pari di me anche altri già prima di J. Veit operarono in questo modo. Ad J. Veit spetta certo il merito di aver precisato le condizioni per questo intervento. In realtà è quasi sempre possibile di snucleare il sacco. Anzi si vede che il trattamento della zona placentare offre difficoltà sempre minori.

Si può provvedervi mettendo dalla periferia allacciature sempre più profonde, e recentemente fu molto seguita la proposta di Olshausen (4) di allacciare in continuità le arterie efferenti, e specialmente l'utero ovarica.

Pei casi relativamente rari di aderenze tenaci con altri organi rimane la risorsa di cucire la parete del sacco ai margini della ferita, tamponarne l'interno e provvedere poi alla placenta, oppure chiudere il sacco in alto, procurandone il drenaggio verso la vagina, come io proponevo al VII congresso internazionale di Londra nel 1881.

Molto analoghe sono le proposte, che si riferiscono ai casi in cui il sacco è decomposto o distrutto da stravasi sanguigni. Si batterà la via più breve per arrivare sul focolaio di infezione. Spesso si apre spontaneamente un'uscita, ma in ogni singolo caso resta a decidere se questa via sia sufficiente per uno svuotamento completo, o se se ne debba aprirne un'altra.

---

(1) Amer. Journ. of Obstetr. Genn. 1890, p. 13.

(2) Lectures on ectopic pregnancy and pelvic haematocele. Birmingham, 1888.

(3) Beiträge zur Anatomie und zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Stuttgart. 1887.

(4) Deutsche med. Wochenschr., 1889. N. 8-10.

L'estrazione del sacco integro va raccogliendo il consenso di quasi tutti i ginecologi. Ancora dubbio sembra se questo intervento tipico sia applicabile ai casi, nei quali avviene aborto o rottura con ematocele e versamento libero di sangue tali da portare a collasso ed a gravissima anemia. Non si può contestare la possibilità di una guarigione. Se preesistevano aderenze, la formazione di un ematocele può finire coll'arresto dell'emorragia: se il sangue si è versato fra i foglietti del legamento largo, può riassorbirsi l'ematoma, od evacuarsi in modo non pericoloso. Non possiamo predire con certezza questi esiti. Pur troppo è sempre possibile che si ripresenti rottura, versamento libero nella cavità peritoneale, anemia, peritonite. Nei casi più fortunati lasciati a sè le pazienti guariscono solo dopo una convalescenza lenta e penosa.

Io ho operato 27 volte per emorragia recente nel cavo addominale: 21 guarirono, 6 morirono: 5 volte mi sono astenuto dall'operare, e le 5 donne soccombettero tutte.

Oltre che è indubbiamente più razionale dal punto di vista chirurgico andare alla ricerca dei vasi sanguinanti per chiuderli, anche l'esperienza dimostra che per queste malate l'intervento attivo merita la preferenza sull'aspettante.

Abbiamo visto che nella grande statistica di Schauta e mia l'intervento operativo dà una mortalità del 23,3 %, di fronte a 76,7 % guarite. Se poi si leggono le storie cliniche dei casi di morte, si vedrà che nel maggior numero dei casi l'intervento fu troppo tardivo. Data la novità del procedimento di una laparotomia in una cavità addominale piena di sangue, non è ancora possibile stabilire fino a qual punto una tecnica difettosa abbia contribuito a questa mortalità. Tanto più dovremo dal materiale studiato trarre la conclusione che anche pei casi di emorragia in seguito a gravidanza ectopica, il processo tipico è la laparotomia.

Se possibile, anche qui si dovrà rimuovere completamente il sacco. Se ciò non pare possibile si farà o il drenaggio o quegli altri metodi, che abbiamo indicato per casi di aderenze troppo tenaci.

4. — Neoplasmi delle tube.

I neoplasmi primarî ed isolati della tuba si riducono finora a pochissimi casi. Ultimamente Winckel (1) ha descritto parecchi casi di fibroma nelle tube. Doran (2) e Sänger (3) hanno descritto un sarcoma primitivo della tuba: l'ultimo emette l'opinione che il sarcoma abbia

(1) Trattato, 1886.
(2) Patholog. Transactions XXXI, p. 174.
(3) Centralbl. f. Gyn. 1886, N. 37.

avuto origine dalle ghiandole del paraovario. Infine Gottschalk ha presentato al Congresso di Berlino nel 1886 un caso operato da Landau.

Il caso di cancro della tuba da me osservato si era apparentemente sviluppato nella mucosa (1), e ritengo dal modo di diffusione che il cancro fosse primitivo della tuba, e di lì si fosse esteso all'ovaio. Casi congeneri sono descritti dal Kaltenbach (2) e Doran (3).

Tutte queste pazienti si trovano press'a poco all'età della menopausa. Il decorso è di solito insidioso: si ha precocemente uno scolo siero-sanguinolento dai genitali, mentre si trova l'utero intatto.

È evidente che per la terapia non si possono fissare regole senza venire al caso speciale. Forse una diagnosi fatta di buon'ora permetterebbe la guarigione in seguito ad ablazione del neoplasma; ma è appunto questa diagnosi in tempo opportuno che, riescendo ardua coi mezzi attuali, rende eccezionale la probabilità di un felice successo.

---

(1) Orthmann, Soc. di Ost. e Gin. di Berlino, 12 nov. 1886.

(2) Centr. f. Gyn., 1889.

(3) Trans. path. Soc. London, 1889. Io ritengo della stessa natura anche il preparato descritto da Doran come papilloma, ibid. 1886. vol. XXVIII.

VII. Malattie dei legamenti larghi.

1. — Parametrite.

Nel lasso tessuto, che forma il pavimento pelvico, e che si insinua anche fra le ripiegature del peritoneo formando i legamenti larghi, è rara l'insorgenza di un processo flogistico primitivo, idiopatico. Le malattie dei legamenti larghi sono assai più spesso di origine settica, o dovute all'immigrazione di altri cocchi (gonorrea, tubercolosi). Di fronte a queste forme piuttosto gravi, è assai meno frequente la forma di infiammazione così detta benigna, i cui momenti patogenetici sarebbero rappresentati da traumi, da azioni irritanti specialmente in seguito a masturbazione, o da malattie esaurienti locali o generali (1).

I reliquati di queste infiammazioni, per la loro facilità alle recidive e specialmente per l'influenza che spiegano sull'andamento delle operazioni ginecologiche, acquistano grande importanza in tutte le affezioni degli organi pelvici.

I residui delle parametriti settiche, derivate dal puerperio o da esso indipendenti, come quelle che p. es. originano da operazioni ginecologiche condotte senza le necessarie cautele antisettiche, meritano tanta maggiore attenzione, inquantochè possono esercitare per anni ed anni una dannosa influenza sulle funzioni dell' utero e sulla nutrizione di tutto l'apparato genitale, e non di rado oppongono un ostacolo quasi insormontabile a tutte le misure terapeutiche, che contro quegli sconcerti vengono indirizzate. Analogamente, anche le forme non settiche possono disturbare la nutrizione di tutto l'apparato genitale, come nella forma descritta da Freund (2) col nome di parametrite cronica atrofizzante, cui egli assegna un'origine non puerperale.

L'anatomia patologica delle due forme di parametrite mostra nello stadio acuto una essudazione nel legamento largo e nel cellulare pelvico che per imbibizione sierosa del connettivo lasso e ricco di vasi interposto alle duplicature del peritoneo, porta alla formazione di un edema

---

(1) Monatschr. f. Geburtsk 34, p. 380. — Congresso di Rostock, 1871. — Die gynäkol. Klinik in Strassburg, 1886.

(2) Berl. Beiträge zur Geburtsh. u. Gyn. 1, 1875.

gelatinoso (il flemmone di Virchow (1), o edema acuto purulento di Pirogoff). Da esso origina assai presto una retrazione cicatriziale del connettivo, retrazione che si ripercuote sui vasi e nervi decorrenti nel cellulare pelvico.

Nella forma infettiva dall'edema si passa ben presto alla formazione di pus. Le masse di essudato possono invadere tanto la base del legamento largo, cioè la porzione di esso situata subito al disopra dei fornici (fig. 196, *Cavum pelvis subperitoneale*), quanto il segmento posto

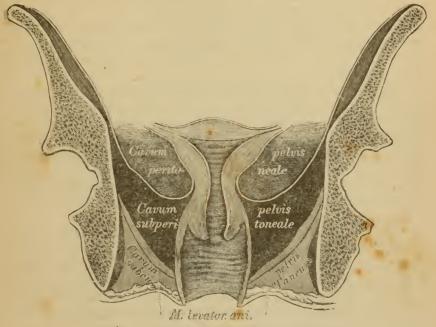



Fig. 196. — Da Bandl, Handbuch der Frauenkrankh.

più in alto presso alla tuba, e costituito da un esile duplicatura della sierosa, il vero legamento largo, che nella fig. 196 non potè esser riprodotto. Possono dai margini dell'utero spingersi fino alla parete del bacino, e, diffondendosi più in là, sorpassare la linea innominata fino alle ali delle ossa iliache. Possono protendersi sotto il peritoneo lungo la colonna vertebrale, isolare l'utero dal suo rivestimento sieroso e, sotto lo spazio del Douglas e sopra il fornice, diffondersi al lato opposto, per quivi eventualmente incontrarsi e fondersi coll'essudazione verificatasi da questa parte. È cosa relativamente rara che gli essudati parametrici

(1) Virchow's Archiv. XXIII, 1882.

si insinuino tra la vescica e l'utero, per avvolgere la vescica, nello stesso modo che vedemmo venire da essi abbracciato lo spazio del Douglas ed il suo contenuto.

Progredendo lo sviluppo dell'essudato, il rivestimento sieroso di tutta la pelvi presenta una grande disposizione a prender parte alla malattia. Perciò nelle parametriti poco estese vediamo insorgere per lo più contemporanea una peritonite localizzata, quindi peri e para-metrite si svolgono assieme, formando una frequentissima complicazione.

Nel segmento di peritoneo, che sta sopra al punto malato si determina una dilatazione vasale, per lo più limitata, che porta con sè una essudazione più o meno estesa. Le masse di essudato si depongono quali spesse membrane sul peritoneo, o dànno luogo a salde aderenze fra i legamenti larghi e le contigue anse intestinali, che vengono così a saldarsi intimamente.

Le parametriti, anche molto estese, possono passare a riassorbimento; in questo periodo possono rimanere a lungo stazionarie, per scomparire completamente solo più tardi. Questi essudati in altri casi determinano rammollimento e fusione anche nei tessuti vicini, e si evacuano attraverso alla perforazione, per poi guarire. Rara in essi l'icorizzazione. In ogni modo questi essudati parametrici sono sempre forme molto gravi, che, se non conducono alla morte, danno però luogo ad ostinati spostamenti e sconcerti negli organi pelvici, e possono portare uno stato di perpetua infermità.

Oltre a questi essudati occupanti tutti lo spazio fra le duplicature del peritoneo ed i fornici, che si sviluppano nell'egual modo tanto nelle forme puerperali che nelle extrapuerperali, si trova un'altra forma che, secondo le mie osservazioni, è sempre di origine extrapuerperale. Si sentono, cioè, non di rado nei parametrii delle pleiadi ghiandolari infiltrate e tumefatte, che dall'utero si distendono a guisa di corona fino ai lati del bacino. Per quanto io ne so, finora questa *adenite periuterina* (1) fu diffusamente deritta solo dagli autori francesi. Io ne ho osservato un numero non piccolo di casi, sulle cui conseguenze intendo di richiamare l'attenzione.

Tutti i casi di adenite periuterina giunti a mia conoscenza riguardavano donne ben costituite, che avevano contratto matrimonio con giovani del ceto agiato, mercanti, ufficiali, legali, industriali, i quali per lo più avevano avuto un passato assai procelloso. Solo uno asseriva di non aver mai contratto malattia alcuna degli organi genitali, ma in questo caso si seppe che, alle spalle del marito, la moglie aveva contratto da un altro uomo una infezione ripetuta. In tutti questi casi la malattia

(1) Courty, Annales de Gyn. Parigi 1881 XIV, p. 241-257. — Pozzi, 3.ª Ed. p. 638.

era iniziata fin dai primi tempi del matrimonio, e, tranne due, le donne erano sterili. Le due che ebbero figli partorirono prematuramente: l'una di esse un feto macerato.

In questi casi ai primi stadì si poterono percepire le piccole ghiandole avvolte per lo più in un essudato parametritico poco esteso; in altri, venuti assai più tardi alla cura, l'essudato o si rilevava in forma di nastri o bende cicatriziali, o era stato completamente riassorbito, ed allora spiccavano chiaramente i piccoli nodi disseminati nel parametrio. Per lo più se ne sentivano solo tre o quattro, disposti in serie ad un lato dell'utero. Una più minuta esplorazione, necessaria in questi casi, apprendeva che d'ambo i lati esistevano piccoli nodetti, che si potevano talvolta seguire fino al contorno del bacino in numero rilevante, e disposti come i grani di un rosario.

Questa forma di affezione del parametrio io sono tanto più proclive a comprenderla nel capitolo delle parametriti, perchè è fuor di dubbio, per le mie osservazioni, che talvolta da queste piccole tumefazioni ghiandolari si svolsero dei voluminosi essudati. Certo non posso portare una dimostrazione sperimentale, ma mi pare molto verosimile che l'essudazione nel parametrio non di rado origini da simili infiltrazioni ghiandolari. Come altrimenti spiegare il fatto strano e caratteristico, che all'inizio della malattia, quando è pronunciata la febbre, la formazione di un vero essudato è preceduta talvolta per parecchi giorni da un dolore intenso nell'uno o nell'altro lato, che sembra mitigarsi appunto quando riesce evidente la formazione dell'essudato? Non è forse giusto supporre che il dolore sia causato dalle ghiandole infiltrate, che forse per la loro profondità sono difficili a percepirsi, e che poi per la fusione suppurativa della sostanza ghiandolare, e per la perforazione della tunica propria della ghiandola, l'essudato si riversi fra le duplicature del peritoneo nel legamento largo e nel *cavum pelvis subperitoneale?*

In uno dei miei casi di adenite periuterina non puerperale, che per confessione del marito si poteva indubbiamente attribuire ad una infezione blenorragica nei primi tempi del matrimonio, ho potuto constatare direttamente questo modo di insorgenza dell'essudato, dopo che le ghiandole dietro una cura opportuna si erano già ridotte al punto da essere appena percettibili. In seguito a coito smoderato si ebbe forte catarro uterino, si svilupparono vivi dolori, che avevano punto di partenza in queste ghiandole; le ghiandole si rigonfiarono, e in meno di tre giorni un essudato diffuso riempiva tutta la parte sinistra del bacino. Non mi è possibile, come ho detto, di fornire la prova sperimentale del modo di sviluppo di questo processo, e la mia ipotesi si appoggia unicamente sui fatti clinici.

La già ricordata *parametrite cronica atrofizzante* di Freund consiste in un processo infiammatorio cronico e non puerperale del con-

nettivo pelvico, che ne determina la retrazione cicatriziale e la rarefazione. Questo tessuto cicatriziale abbraccia tutto intorno il collo, stringe i vasi dell'utero, e col permanente disturbo nel circolo è causa di una lenta, ma progressiva atrofia dell'utero stesso. Il male per lo più è bilaterale, ma in un caso l'ho trovato evidentemente unilaterale, ed unilaterali pure i disturbi di nutrizione, che ne derivavano all'utero. Col progredire dell'atrofia gli sconcerti di nutrizione si estendono nel bacino a tutti gli organi vicini.

Tutte le forme di parametrite, se non vengono completamente riassorbite, sono causa di notevoli stiramenti sull'utero, sulla vescica e sul retto, e di alterazioni tanto in questi organi, quanto in tutti i tessuti del piccolo bacino. Inoltre, sotto l'influenza specialmente delle forme croniche, sono frequenti i disturbi di nutrizione in organi lontani, fra i quali furono recentemente rilevati e studiati quelli nel campo del nervo ottico, per opera specialmente di Förster (1) e Mooren (2).

I sintomi iniziali della parametrite consistono in vivissimi dolori, dovuti in parte alla distensione dei foglietti sierosi del legamento largo, in parte alla pressione che l'essudato esercita sull'intestino, sui plessi nervosi sacrali, sulla vescica e sugli altri organi pelvici. Questi dolori possono fin da principio raggiungere presto il grado più elevato e scompaiono solo nel riposo assoluto della paziente. In altri casi i dolori crescono a sbalzi, e, dopo essersi mantenuti a lungo entro limiti discreti, si esacerbano all'epoca della mestruazione, o per una qualsiasi lievissima causa, per una leggiera scossa e così via, fino a raggiungere un grado intollerabile, ed a costringere la donna al più assoluto riposo. In altri casi ancora, il dolore insorge in immediata dipendenza di un trauma sofferto, e questo modo di insorgenza si ha particolarmente, quando si tratta di recidiva di antichi processi creduti estinti (Appunto le recidive hanno una non comune violenza, di solito come effetto immediato di un trauma).

Le parametriti, oltre agli indicati sintomi da compressione, dànno luogo per l'ulteriore svolgersi del male a temperature febbrili, a segni di suppurazione, oppure i disturbi restano immutati a lungo con scarse oscillazioni, e solo a poco a poco si mitigano nel punto primitivamente colpito, per dar luogo di lì ad altre alterazioni. Di solito l'utero piglia parte alle gravi affezioni del parametrio, esso viene spostato, la sua nutrizione ne soffre, si stabilisce una abbondante secrezione, non di rado commista a sangue; in questi casi l'utero talvolta si ingrossa, e diventa sensibile in alto grado. Ancor più comunemente dell'utero partecipa al male il peritoneo. Le parametriti piuttosto estese non si svolgono quasi

(1) Archiv. f. Augenheilkunde, 1877.

(2) Die nervösen Störungen bei Augenerkrankungen, 1881.

mai senza interessamento del peritoneo, i cui sintomi, l'elevata sensibilità, la tendenza al vomito, i disturbi nella defecazione vengono ad aggiungersi agli sconcerti già in corso.

Per lo sviluppo di un essudato intralegamentoso viene naturalmente a soffrirne anche l'ovaio, i cui vasi vengono compressi dall'essudato. Ancora più però soffrono le ovaie per le complicanti perimetriti e peritoniti.

Frequentissima concomitanza degli essudati parametrici sono i disturbi da parte della vescica. Il continuo tenesmo non lascia riposo alle pazienti, e, se per il frequente succedersi del mitto si stabilisce irritazione ai genitali esterni, insorge un bruciore tormentoso a queste parti nell'atto dell'emissione dell'urina. Di solito le parametriti infettive iniziano con intenso brivido ed elevazione termica. La temperatura raggiunge quasi sempre un grado elevato, e vi si mantiene negli essudati estesi, senza notevoli remissioni per 3-4 giorni, od anche assai più, assieme a frequenza del polso e a dispnea dovuta in parte al dolore. In seguito, a seconda delle modificazioni cui va incontro l'essudato, o si ha una remissione durevole, e la febbre cessa del tutto, oppure la temperatura sale a gradi elevatissimi, a 40°, 41°, per decrescere solo quando la fusione dell'essudato è completa, e questo è giunto a farsi strada da una parte o dall'altra. Se la fusione è limitata, e se il male interessa l'intestino, la vescica, la vagina, si vede rapidamente venire in scena un profondo deperimento sotto una elevata febbre consuntiva. L'evacuazione del pus in simili casi non porta sempre una risoluzione immediata: si hanno sintomi generali, si vedono gonfiarsi le gambe, si formano dei trombi, i cui frammenti possono esser trasportati come emboli ai diversi organi, sicchè la catastrofe finale viene determinata apparentemente da lesioni ad organi lontani, quando il focolaio parametritico ha già progredito verso il raggrinzamento e la guarigione.

Altro decorso presentano le forme traumatiche e specialmente le recidive della malattia. In esse l'essudazione è poca cosa, e perciò moderato anche il dolore. Lo stadio acuto è poco pronunciato, si ha un decorso subdolo, ma in ragione del lento ed incompleto riassorbimento, ne risulta una retrazione tanto più notevole negli organi del bacino, con esito di loro patologica fissazione. In questi casi le malate trascinano a lungo con se il proprio male. Soffrendo ad ogni defecazione, cercano di differirle quanto più è possibile. Oltre ai disturbi intestinali, che inevitabilmente ne derivano, e alle cefalee, che vi si associano, insorgono anche ingorghi emorroidari. Il quadro complessivo che ne risulta è tale nella sua lenta evoluzione, da far pensare piuttosto a qualche affezione gastrica e a turbe nervose. Se gli essudati si riducono, e se si adotta un opportuno e riguardoso sistema di vita, può aversi una specie di euforia, in grazia della quale, e dell'avversione a sottoporsi a

cura medica, il male vien tollerato, dando luogo allo stato ben noto di donne sempre malaticce ed isteriche.

È appena necessario accennare ai sintomi della suppurazione e della evacuazione del pus. Per lo più il pus si riversa nel retto, e in circostanze simili ho visto una sola volta presentarsi una complicazione letale per penetrazione del contenuto dell'intestino nella cavità ascessuale: di regola queste parametriti con evacuazioni nel retto giunsero a guarigione regolare, sebbene lentamente. Per ordine di frequenza succede la perforazione verso la vagina, poi quella al disotto del legamento di Poparzio; è caso rarissimo che l'essudato si insinui attraverso il grande ed il piccolo foro ischiatico fin verso la regione glutea, per trovare lì il suo sfogo.

Se nella pratica ginecologica non sono poi tanto rare le parametriti recenti, assai più comuni però occorrono alla cura i casi cronici, in cui per raggrinzamento e retrazione dei legamenti si hanno spostamenti e fissazione dell'utero, e complicazioni da parte della vescica e del retto. I sintomi di questi casi cronici coincidono quasi perfettamente con quelli della perimetrite cronica, e perciò me ne occuperò in modo più particolareggiato al capitolo della perimetrite.

I sintomi dell'adenite periuterina spesso rimangono a lungo quasi latenti. In tutte le mie malate non vi era dolore eccessivo; esisteva più o meno leucorrea, ma sempre decadimento notevole delle forze, prostrazione, sintomi nervosi, dispepsia. In molte riusciva dolorosa la coabitazione, ma nel maggior numero no, anzi era spiccatissimo l' *impetus coeundi* e assai vivo il desiderio di prole.

Si assomigliano a questi i casi di Freund di parametrite atrofizzante, solo che in essi era notevole la precoce senilità delle pazienti e la menopausa pure precoce e accompagnata da disturbi dolorosi.

La diagnosi delle parametriti riesce difficile, perchè le malattie di una qualche estensione nei legamenti larghi vanno quasi sempre congiunte a lesione del peritoneo, che modificano di molto il reperto. Gli essudati del legamento largo si trovano evidentemente situati ai lati dell'utero fra l'utero spostato verso il lato opposto e la parete pelvica; si spingono di solito assai in basso verso la vagina, deprimono i fornici, fanno sporgenza nel lume della vagina presso alla *portio*, arrivano in alto fino a livello dello strato superiore, sollevano il peritoneo dalle ali delle ossa iliache, e su queste si spingono su su, sotto al peritoneo, fino a giungere all'altezza del bellico, mentre in basso si estendono fino al legamento di Poparzio, subito al disotto della parete addominale, che possono perforare per versarsi all'esterno.

Per la diagnosi differenziale fra parametrite ed altre affezioni, ha grande importanza l'anamnesi e la constatazione se lo spazio del Douglas sia libero, od occupato dalle ovaie. È questa una circostanza difficilissima

a stabilirsi specialmente nelle parametriti estese, e pure si deve tentare di metterla in chiaro per servire alla diagnosi differenziale.

Diagnosticare una parametrite soltanto colla palpazione dell'addome non lo ritengo possibile, come pure ritengo impossibile la diagnosi col solo dito esploratore. È indispensabile delimitare i confini tra l'essudato e l'utero, e stabilire il grado di mobilità o le connessioni fra l'utero e tumore. Se il male è bilaterale, e le due masse di essudato comunicano sotto il peritoneo, dietro o davanti dell'utero, la diagnosi riesce assai più ardua; l'utero sembra come inchiodato fra queste masse, e spesso non si riesce a delimitarlo che con gravi difficoltà e nella narcosi.

La *prognosi* in genere non è sfavorevole, purchè il male venga presto alla cura. Non ritengo sfavorevole la prognosi, anche perchè non di rado lo sviluppo della parametrite esclude un ulteriore diffondersi dell'infezione, e finalmente perchè la tendenza alle recidive vi è sempre meno pronunciata che non nelle perimetriti. La prognosi si aggrava, se per lunga durata del processo, o in special modo per intervento intempestivo, si sono determinati dei raggrinzamenti, pei quali vengono turbati nelle loro funzioni tanto l'utero, quanto gli organi vicini.

Per la forma atrofizzante e per l'adenite periuterina, la prognosi è poco lieta, e tanto più grave, in quanto che questi casi si complicano abitualmente con parametrite.

Cura. — Nello stadio acuto la cura sarà strettamente antiflogistica con sottrazioni sanguigne, freddo, riposo, blandi purgativi, narcotici. Ma appena il processo giunge allo stadio di sosta, si provocherà e si aiuterà con ogni mezzo il riassorbimento; qui appunto hanno grande importanza i preparati iodici, non solo per pennellature sulle pareti addominali, ma anche per applicazioni in vagina sui fornici e sul collo: molto rafforzata viene l'azione dell'iodio dalle iniezioni intrauterine (1).

Ricorrendo opportunamente ai semicupî, agli impacchi e ad una energica dieta corroborante, di solito si possono portare a guarigione i casi recenti. Combinando questa cura colle iniezioni calde in vagina e coll'uso dell'iodoformio, io ho ottenuto ottimi resultati. Assai più difficile è la cura dei casi cronici, nei quali vi è già retrazione cicatriziale, specialmente quando abbiamo a che fare con un essudato di antica data, riducentesi a poche briglie cicatriziali. Se però la parametrite non è complicata, la cura ci darà migliori probabilità di successo, che non quando esista complicazione di perimetrite.

In questi casi si può ricorrere a cataplasmi e bagni con muffe, all'iodoformio in pomate e in supposte, alle irrigazioni rettali, ai tamponi con glicerina e tannino, ai semicupî, insomma a tutti i mezzi che

(1) Mackenrodt, Confer. Volkmann, 1892, N. 45.

favoriscano il riassorbimento. Consiglio anche in questi casi le note acque minerali iodiche, solfate o clorurate e anche i bagni di mare e ferruginosi, se si tratta di soggetti indeboliti. Il massaggio dà nella parametrite dei risultati a volte sorprendenti. Nelle pazienti, che poterono sopportare a lungo il massaggio ripetuto 4-5 volte alla settimana, i risultati furono quasi sempre confortanti. I tessuti cicatriziali si allentarono, l'utero riacquistò la sua mobilità e sparvero i disturbi che da gran tempo duravano in corrispondenza agli organi pelvici.

Per eseguire il massaggio io introduco due dita in vagina e attraverso il fornice spingo in alto la parte, su cui si devono eseguire le manovre. Colla mano esterna si imprende poi dall'alto il massaggio di questa parte, prolungando sempre più le sedute. Occorre molta abitudine perchè tanto il medico che la paziente non abbiano troppo presto a stancarsi per queste manipolazioni.

Nei casi, che resistono anche a questi mezzi di cura, di solito non resta che soddisfare alle indicazioni sintomatiche. Nella adenite periuterina, oltre alla cura coll'acqua calda, l'iodio, l'iodoformio, gli impacchi, i semicupi, ricorro anche alle frizioni di pomata mercuriale a piccole dosi, in modo da poter prolungarne l'uso per un po' di tempo, e ne ho ritratto buonissimimi effetti. Ho potuto così togliere la sensibilità di queste ghiandole e lo stato irritativo all'utero e nei fornici; ho anche potuto farne diminuire il volume, ma solo in pochi casi mi fu dato di guarire la sterilità. Nelle forme di retrazione cicatriziale nei parametri si dovrà tentare anche la cura con queste frizioni.

2. Ematoma extraperitoneale.

La possibilità di uno stravaso sanguigno non puerperale fra i foglietti del legamento largo, fu stabilita solo in tempi recenti dietro irrefutabili reperti cadaverici e constatazioni al tavolo laparotomico (1).

Vi si comprendono tutti quegli stravasi di sangue, che si insinuano fra i foglietti del legamento largo, e talora si spingono davanti o di dietro a circondare quella parte di collo o di corpo dell' utero, che è situata sotto il peritoneo, in modo da formare confluendo un'unica grande cavità ripiena di sangue.

L'*eziologia* di questi stravasi di solito riposa su di una lacerazione vasale durante la mestruazione. Perciò possono esser causa dell'improvvisa insorgenza del male gli insoliti sforzi muscolari durante questo periodo, i colpi, le cadute, l'eccessiva eccitazione sessuale. Certo non

---

(1) Kuhn, Ueber Blutergüsse in die breiten Mutterbänder Zurich. 1884. — Schlesinger Wien. med. Bl. 1884, N. 27-46. — Freund, Gynäk. Klinik, Strassburg, 1885. — Gusserow, Arch. f. Gyn. XXIX. — Zweifel, ibid. XXII.

sempre l'anamnesi può mettere in evidenza questi momenti causali; specialmente le malattie, che si associano alla vita sessuale, ci vengono spesso taciute con premeditazione.

Non si deve naturalmente escludere la possibilità di un'altra origine della lacerazione vasale, nello stesso modo che anche in altri organi si verificano delle apoplessie senza immediata causa apprezzabile. I vasi del legamento largo sembrano prevalentemente disposti a queste lacerazioni per l'intensa congestione cui vanno soggetti durante la mestruazione, e ancor più nel parto e nel puerperio. Questi ematomi si trovano per lo più in donne che hanno già partorito, sono rari nelle nullipare, e secondo le mie osservazioni non si trovano mai in casi di integrità verginale dei genitali. Di quegli ematomi, che derivano da rottura di gravidanze tubariche a sviluppo intralegamentoso, abbiamo parlato più sopra.

L'*anatomia* di questi stravasi fu posta in chiaro dai reperti cadaverici, e dall'esame diretto in casi di laparotomie. Gli spazi riempiti di sangue si trovano in tutte le parti, fra i foglietti del legamento largo, sotto al peritoneo, intorno alla vescica ed al collo dell'utero. Stravasi piuttosto piccoli si possono vedere limitati alla parte alta del legamento largo, senza diffondersi in tutta la duplicatura del peritoneo.

Possono aversi stravasi isolati bilaterali, che si mantengono nettamente divisi, oppure confluiscono, ed allora possono sollevare tutto il peritoneo pelvico spingendosi fin lungo la colonna vertebrale, e formando delle pozze di sangue sulle ali delle ossa iliache.

Non sempre si trovano avanzi di vasi nelle cavità formatesi per lacerazione di tessuti. Più volte ho visto dei brandelli di tessuto contenenti ramificazioni vasali, che pendevano come i capi di un filo dalle pareti squarciate nel lume della cavità. Le pareti irregolari, quando lo stravaso dura da certo tempo, si rivestono di coaguli, che si infiltrano in esse e le rendono spappolabili. La cavità appare irregolare per numerosi recessi nelle sue pareti; non è raro il vederla attraversata da qualche fascio fibroso che ha opposto maggior resistenza; i singoli diverticoli si spingono fino a ridosso della parete pelvica, deprimono i fornici distaccandoli in parte dai tessuti vicini, dissecano il peritoneo dal sacro, e si insinuano, formando dei prolungamenti, là ove i tessuti offrono minor resistenza.

Il sangue subisce in queste cavità la sorte comune a tutti gli stravasi sanguigni, per lo più coagula presto e, scomparsa per riassorbimento la parte liquida, tappezza di uno strato solido le pareti. La regressione di queste masse spesso è relativamente lenta, e richiede di necessità un tempo piuttosto lungo.

In altri casi la regressione è parziale, e interessa solo alcune porzioni dello stravaso, mentre le altre continuano per mesi ad avere un contenuto di sangue quasi inalterato, appena un po' inspessito.

Il sangue può anche decomporsi, e lo spazio sanguigno convertirsi per fusione suppurativa in una cavità ascessuale, che può poi aprirsi verso gli organi vicini.

Già nel momento in cui si origina lo stravaso succede talvolta la rottura, specialmente del delicato rivestimento peritoneale del tumore. Il sangue può allora riversarsi nella cavità addominale e quivi venir riassorbito o dar luogo ad una peritonite diffusa, oppure, se pel processo flogistico si sono formate alla superficie o in vicinanza delle membrane limitanti, può il sangue effondersi nei segmenti del cavo peritoneale così limitati, e qui poi andar incontro al riassorbimento o alla decomposizione.

Rara è l'apertura all'esterno dei sacchi sanguigni extraperitoneali, sia in vagina, sia alla regione glutea, attraversando la grande incisura ischiatica. Infine può insorgere anche una peritonite acuta, di cui non è facile precisare la causa.

In questi stravasi sanguigni hanno luogo alterazioni anche negli organi vicini, talvolta analoghi focolai emorragici si riscontrano nell'ovaio, sia nei follicoli, sia nello stroma. Per la pressione della massa di sangue stravasata hanno origine edemi e trombosi anche in organi sottoposti; specialmente può venirne alterato l'utero; la mucosa si tumefà, si costituisce una endometrite emorragica e, in seguito a questa, considerevoli perdite di sangue per la vagina.

Fra i sintomi dell'ematoma extraperitoneale il più caratteristico è la subitaneità della sua insorgenza in donne fino ad allora apparentemente sane. È eccezionale che il fatto si verifichi in donne già ammalate. Un improvviso, atroce dolore al ventre si accompagna a un senso di debolezza estrema, che va fino al deliquio. I dolori ora hanno forma colica, ora intermittente, come le contrazioni uterine; si ripetono ad accessi con pause ora lunghe, ora brevi.

Gli astanti sono subito colpiti dal pallore estremo, e dai sintomi di anemia, specialmente se non accompagnati da alcuna emorragia esterna. Se lo stravaso si verifica nel periodo mestruale, la mestruazione cessa di botto, per ritornare dopo un po' di tempo abbondante e protratta. Vivo è il tenesmo rettale e vescicale; il ventre è di solito sensibile solo alla palpazione assai profonda e toccando direttamente il tumore. Un grado pronunciato di sensibilità autorizzerebbe sempre a pensare all'interessamento del peritoneo.

All'esame locale si constata la presenza di un tumore, che si dispone lateralmente all'utero, riempiendo la metà corrispondente del bacino, e che talvolta si prolunga davanti o dietro il collo verso l'altro lato, od anche occupa i due lati contemporaneamente. A seconda del suo volume, questo tumore sorpassa lateralmente il livello del fondo dell'utero: sembra saldamente inchiodato nel piccolo bacino, ed il suo vertice viene a

trovarsi nel centro dello stretto superiore, reperto che però è difficile stabilire con esattezza, specialmente agli inizî della formazione dell'ematoma, vista la sensibilità alla palpazione profonda. L'utero di solito appare molliccio; non di rado sembra disteso intorno alla periferia del tumore, in rapporto al quale gode di pochissima mobilità. Anche il tumore è poco mobile, in principio ha una tensione elastica; talvolta è molle e pastoso e sensibile. Dalla parte sana il dito può delimitare l'utero, dal retto si sente libero lo spazio del Douglas. Dal lato sano si sente distinto l'ovaio per lo più in posizione normale. — Alcuni pretendono di aver sentito nel tumore stesso lo scricchiolìo dei coaguli recenti, sintomo che io non ho mai percepito con sufficiente chiarezza.

Del resto il reperto dipende dall'estensione dello stravaso e dalla regressione, cui va incontro; procedendo il riassorbimento, la massa del tumore si inspessisce e si indurisce, per poi atrofizzarsi e scomparire, il che richiede 1-3-4 ed anche più mesi, a seconda delle proporzioni dello stravaso.

Se la lacerazione si fa verso la cavità addominale libera, per lo più le condizioni si aggravano assai. Si succedono i fenomeni di collasso, e in mezzo a questi può avvenire la morte, oppure dopo varie oscillazioni si avvia una lenta reconvalescenza, se però il quadro non viene dominato da prevalenti sintomi di peritonite.

L'evacuazione senza che il contenuto si riversi nel cavo peritoneale, la suppurazione, la decomposizione del tumore danno luogo ai sintomi propri di questi esiti.

La diagnosi differenziale dovrà prima stabilire se si tratta di stravaso o di essudato. Gli essudati per lo più si ordiscono gradatamente, preceduti da una malattia di certa durata; iniziano con brivido, aumento di temperatura e dolori vivi. Gli stravasi si determinano bruscamente dopo un trauma, e specialmente in rapporto colla mestruazione. Mentre gli essudati sono assai spesso in rapporto eziologico colla gravidanza o col puerperio, ciò non è per gli stravasi; se l'anamnesi rivela l'insorgenza improvvisa, ed una prima esplorazione constata il caratteristico spostamento dell'utero e lo spazio del Douglas libero, se l'ammalata è apiretica, si può con grande sicurezza posare la diagnosi di ematoma. Le difficoltà crescono invece, se manca il sussidio dell'anamnesi e il male si presenta tardivamente alla cura. Prima di tutto occorrerà stabilire se lo stravaso fu intra od extra-peritoneale. Nei casi recenti gioverebbe il far cambiare di posizione alla paziente; nell'ematocele recente di solito la massa, se non è incapsulata, scompare dietro l'utero nel decubito laterale, mentre nell'ematoma resta immobile. L'ematoma extraperitoneale è sensibile alla pressione soltanto in principio; l'ematocele continuamente in seguito alle complicanze con perimetrite. L'ematoma è sempre nettamente delimitabile in alto, l'ematocele solo nel caso esistano

estese aderenze nel bacino; l'ematoma per lo più è ai lati dell'utero: in basso, coerentemente al suo modo di comportarsi tra i foglietti del legamento largo, e nel *cavum pelvis subperitoneale* esso è ineguale e bernoccoluto. L'ematocele deprime il fornice come farebbe il polo d'un uovo, ed è situato direttamente dietro l'utero, mentre l'ematoma si sente quasi sempre lateralmente. Nell'ulteriore decorso di un ematoma, che si avvii tipicamente al riassorbimento, non vi sono fenomeni febbrili, che del resto non si trovano sempre nemmeno negli stravasi sanguigni intraperitoneali, mentre non mancano quasi mai negli altri versamenti e negli essudati parametritici. Anche nel decorso ulteriore i versamenti peri e parametritici restano dolenti, mentre gli ematomi sono quasi insensibili.

Gravissime difficoltà si possono trovare nel differenziare un ematoma di data antica, tanto più se mancò il riassorbimento, da tumori delle tube, da miomi sottosierosi e da cisti intralegamentose: se in questi casi non fornisce alcun indizio l'anamnesi, si potrà però quasi sempre constatare una specie di peduncolo fra tumore ed utero, o un resto della tuba, o il caratteristico impianto nel legamento largo, e fondarvi la diagnosi differenziale.

Confesso tuttavia che appunto qui la distinzione urta in serie difficoltà, e solo una prolungata osservazione sul modo di svolgersi della neoformazione renderà possibile la differenziazione.

La prognosi in genere è favorevole: il maggior numero di questi ematomi per la poca gravità non è nemmeno oggetto di precisa constatazione. Le pazienti, appena riavute dai sintomi tumultuosi iniziali trascurarono di chiamare il medico per indolenza o per senso di pudore; il progressivo, sebbene lento miglioramento, rende più tardi superfluo l'intervento medico. Ma anche in casi gravi, che si presentano all'esame, di solito una cura opportuna basta a vincere il male, e rari sono i casi che causano la morte immediata per la gravezza della perdita sanguigna, o per rottura nella cavità peritoneale, o che danno luogo a sintomi tanto imponenti da rendere urgente l'intervento medico.

La *cura* sarà principalmente aspettante. Con una opportuna cura corroborante si possono vedere le donne riaversi anche dai più gravi fenomeni di collasso, appena cessa l'emorragia nel sacco dell'ematoma, e purchè altre complicazioni non turbino il decorso del riassorbimento. Si dovranno sempre attuare colla più grande pazienza quelle cure, che hanno per scopo di favorire il riassorbimento. In un piccolo per cento dei casi i disturbi aumentano, nonostante la conveniente cura, e sotto l'influsso del male si esercita una azione tanto minacciosa sulle condizioni generali, da rendere necessario un intervento più attivo. Questo consisterà per lo più nello svuotare il sacco emorragico. Questo svuotamento può farsi o dalla vagina, o dall'alto mediante laparotomia. Lo svuotamento

dalla vagina a tutta prima sembra più semplice: ma, se si pensa alle difficoltà che per questa via si oppongono ad una accurata rimozione dei coaguli e dei lembi di tessuto tanto facili a decomporsi, se si pensa al pericolo delle emorragie secondarie e della lacerazione dell'involucro peritoneale, e della diffusione del pus fra gli interstizî già creati nel legamento largo, si avrà ragione di porre in dubbio che questa via sia sempre la preferibile (1). L'altra via pone allo scoperto la zona d'impianto della sacca, permette di trattarne le pareti a seconda della loro struttura e, concedendo l'esportazione di un lembo di parete, garantisce meglio l'obliterazione della cavità. Fatta colle opportune cautele, la laparotomia in sè non ha che pochi pericoli: eventualmente, portate all'esterno le anse, possiamo mettere completamente allo scoperto la cisti sanguigna, inciderla in un punto di elezione, evacuarla, raschiarne le pareti, controllare ogni emorragia, assicurare con un drenaggio per la vagina l'efflusso dei secreti della ferita ed infine rinchiudere dall'alto il sacco mediante sutura. Tale procedimento, da me usato in 14 casi, non mi diede negli ultimi 13 che buoni risultati.

La cura operativa però dovrà sempre rappresentare l'eccezione nella terapia di questi stravasi sanguigni.

3. — Tumori del legamento largo.

Fra le neoformazioni del legamento largo, le più frequenti sono i *tumori cistici*, dei quali non sempre si può mettere in chiaro l'origine: alcuni derivano certo dai canalicoli del paraovario provvisti di epitelio vibratile (2), altri dai residui del corpo di Wollf, la cui porzione genitale si riscontra sotto forma di sottili canalicoli fra il paraovario e l'utero (3). Questi tumori di solito non hanno grandi proporzioni, hanno pareti sottili ed un contenuto tenue limpidissimo, che contiene poco o punto di albumina.

Le cisti sono rivestite da epitelio cilindrico, talvolta con ciglia vibratili. Possono svilupparsi fino a raggiungere il volume dei tumori ovarici, ma per lo più sono di volume limitato. Nel loro accrescimento fra i foglietti del legamento largo naturalmente spostano gli organi vicini, e sollevano segnatamente le tube dal basso all'alto. Si afferma abbiano la proprietà di guarire completamente dietro semplice evacuazione (4).

Nel legamento largo si trovano anche tumori solidi, descritti come

(1) Vedi Zweifel e Gusserow. Loc. cit.

(2) Fischel. Archiv. f. Gyn. XVI.

(3) Waldeyer. Eierstock und Ei, 1869, p. 142.

(4) Spencer Wells, Diseases of the ovaries, 1872, p. 30. — Schatz. Archiv. f. Gyn. IX. — Gusserow, ibid. X. — Duplay. Arch. générales, 1882, 2. p. 386.

miomi o fibromi (1). Non sono in connessione coll'utero, ma si estendono fra i foglietti del legamento largo, e possono di lì, raggiungendo notevoli proporzioni, far sporgenza verso la cavità addominale, o crescere in basso verso la vagina lateralmente a questa, giungere fino alla vulva, ove talvolta rendono necessaria l'operazione (2). In casi rari si sono visti fare sporgenza attraverso la grande incisura ischiatica.

Il drenaggio di questi tumori verso la vagina fu da me abbandonato.

Io ho trovato 27 casi di tumori del legamento largo (cisti, fibromi, miomi, sarcomi). Il loro snucleamento offre difficoltà solo per l'allacciatura di alcuni vasi isolati sul fondo del bacino. Si sutura allora il letto del tumore a strati con sutura continua in catgut in modo da chiuderlo esattamente. Il bordo superiore del legamento largo così riformato viene chiuso con sutura nodosa.

Cisti da echinococco in grembo al cellulare pelvico furono osservate ed operate non tanto di rado (3). Possono invadere estesamente lo scavo e riuscire di ostacolo specialmente ai parti; in altri casi si svuotano pel retto, o per la vescica, o per la vagina, ma la guarigione spontanea è però sempre un fatto eccezionale. Quando siano accessibili, si dovranno esportare completamente.

---

(1) Virchow, Tumori, 3, p. 221. — Sänger, Arch. f. Gyn. XVI.

(2) Stern, Dissert. inaugur., Berlino 1876. — Schröder, trattato, VII ed., p. 486.

(3) Schatz, 1885. — Schröder, trattato, p. 487. — Düvelius, Soc. di ost. e gin. di Berlino, Aprile 1886 (osservazione dell'autore).

VIII. Malattie del peritoneo pelvico.

1. — Perimetrite.

L'infiammazione di quel segmento di peritoneo, che riveste gli organi del piccolo bacino, dipende essenzialmente dalle malattie degli organi stessi: può aversi anche come sintomo parziale di una peritonite generale.

È un processo che per lo più trova la sua origine nel parto e nel puerperio; specialmente le forme settiche puerperali danno spesso luogo a tali peritoniti circoscritte. Accompagna poi quasi costantemente lo sviluppo extrauterino dell'uovo, in tutte le sue varietà.

Astraendo da questa forma legata al concepimento, possiamo vedere le malattie del peritoneo pelvico associarsi alle endometriti acute e croniche, tanto più a quelle forme che nel loro stadio acuto e cronico sono proclivi a diffondersi agli organi vicini. Queste possono essere semplici forme catarrali, non di rado hanno punto di partenza in un trauma sia per masturbazione, sia per operazioni ginecologiche. Una causa non rara è pure l'infezione blenorragica (1).

Tutti quegli stati morbosi, che hanno per conseguenza un notevole aumento di volume dell'organo affetto, esercitano una intensa azione irritante sul peritoneo, e perciò nello sviluppo dei tumori uterini ed ovarici vediamo nei loro punti di contatto col peritoneo formarsi dei focolai d'infiammazione, senza che il processo morboso si sia direttamente fatto strada dall'organo al suo rivestimento sieroso. Così è assai frequente trovare il peritoneo in uno stato di irritazione cronica, prima che vi si sia determinata una infiltrazione carcinomatosa ed una infezione.

Molti accennano agli spostamenti uterini come ad una delle cause di perimetrite. Siccome però negli spostamenti non complicati da altri processi infiammatorii non si trova perimetrite, io sono piuttosto del parere che si tratti di complicanze accidentali, e che però la perimetrite sia aggravata dallo spostamento.

Dalle mie osservazioni risulta tanto grave questa complicazione, che

---

(1) Nöggerath, L. c. — Bumm, Der Mikroorganismus der gonorrh. Schleimhauterkr. 1885. — Menge, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XX. — Wertheim, Società Tedesca di Gin. 1891 e Arch. f. Gyn. — Witte, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXIV.

nel maggior numero dei casi mi trovo costretto a designare come il fatto meno importante lo spostamento in sè, assegnando il posto più importante alla perimetrite. In tutte le malattie ginecologiche, quando esiste la perimetrite, questa costituisce quasi sempre l'affezione più grave e più pericolosa, non solo perchè fornisce il pericolo di ulteriori diffusioni peritoneali, ma perchè anche dopo guarita — e pur troppo in non pochi casi la guarigione non si ottiene che incompleta — conserva una spiccatissima tendenza alle recidive.

Vi si aggiunga il pernicioso effetto di queste peritoniti circoscritte sugli organi pelvici e sulle loro funzioni, effetto che si risolve nel limitare grandemente la terapia di ogni altra malattia eventuale, inquantochè, anche senza un diretto trasporto di germi morbigeni sul peritoneo, basta spesso la più insignificante manovra terapeutica per far ammalare nel grado più intenso un peritoneo pelvico sano, e tanto più per ridestare un processo, di cui non restano in apparenza che minime tracce (1).

Anatomia patologica. — L'andamento del male nel peritoneo pelvico in sè non ha nulla di caratteristico. Lo si vede insorgere nelle forme più svariate, tanto acute che croniche. Può dar luogo a copioso essudato fibrinoso o purulento, che riempie lo spazio del Douglas e si distende sul resto del bacino, che può incapsularsi in alto attraendo nelle aderenze le anse intestinali, oppure dopo un tempo più o meno lungo può subire il riassorbimento od evacuarsi all'esterno. In questa forma si presentano specialmente le malattie settiche o puerperali.

Nella pratica ginecologica ci imbattiamo assai di rado in forme acute recenti: in esse la perimetrite è per lo più l'ultimo anello di una catena di mali, che colla sua acutizzazione viene ad accelerare la catastrofe.

Assai più frequenti troviamo le forme croniche sotto l'aspetto di coaliti ed aderenze, che determinano negli organi pelvici gli spostamenti più varî, che sfuggono ad ogni descrizione, nonchè strozzamenti e ostacoli d'ogni sorta alle loro funzioni. Così vediamo assai di spesso l'utero fissato all'indietro, non solo per effetto di un copioso essudato deposto sul fondo dello spazio del Douglas, ma anche per retrazione dei lega-

---

(1) Per la dimostrazione sperimentale di questa osservazione clinica, vedi Grawitz, Charité-Annalen XI Jahrg. p. 770.

Sono specialmente gli autori francesi che si sono occupati della perimetrite; Grisolle, Arch. gén. de Medec., III sér., 1839. — Nonat, Traité pratique des malad. de l'utérus. Parigi 1860. — Gallard, Gazette des Hôp. 1885; Annales de Gyn., 1874. — Bernuz e Goupil. Arch. génér., 1857, I, p. 235. — Aran, Leçons cliniques, 1861, p. 633. — Tra gli altri autori cito il Duncan, A practic. treatise of perimetritis and parametritis, 1868. — E. Martin, Neigung. Beugungen, ed. I, 1866. — Spiegelberg, Samml. Klin. Vortr., 1871. — Heitzmann, die Entzündung des Beckenbauchfells beim Weibe, Wien, 1883. — Freund, Gyn. Klinik in Strassburg, 1885. — J. Veit, Conferenze Volkmann. N. 274.

menti uterosacrali (1), cioè di quelle duplicature del peritoneo, che dalla parte alta del collo dell' utero vanno alla faccia anteriore del sacro, e che pel loro contenuto, del resto abbastanza incerto, di fibre muscolari vengono anche designati come muscoli rettrattori dell'utero. Questi legamenti sembrano la sede prediletta di una retrazione cicatriziale nei processi perimetrici, e perciò anche molto tempo dopo estinto il processo si sentono persistere come cordoni tesi, rigidi, nettamente distinti dai

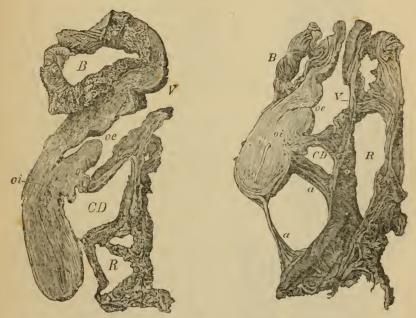



Fig. 197 e 198. — Aderenze perimetriche (dall' atlante di Winckel). *B* vescica, *V* vagina, *CD* tasca del Douglas. *R* retto, *oi* orif. interno, *oe* orif. esterno, *a* aderenze.

tessuti vicini. Lo spostamento, che per essi l' utero subisce, sarà direttamente all'indietro o piuttosto verso un lato, secondochè la malattia fu bilaterale od unilaterale; pel solo effetto di questi legamenti può l'utero portarsi tanto all'indietro da occludere lo spazio del Douglas.

In altri casi all'alterazione dei legamenti utero-sacrali si accoppia l'aderenza fra il rivestimento sieroso dell' utero e le pareti della tasca del Douglas o le anse intestinali, in forma di fasci ora sottili, ora robusti (fig. 197 e 198), oppure si forma un coalito solido in grande superficie (fig. 199). È raro che le lesioni si estendano alla porzione anteriore del perimetrio, nel qual caso vi si determinano aderenze analoghe alle descritte.

(1) Vedi E. Martin. Loc. cit.

In questi ultimi anni ho fissato la mia attenzione in una forma speciale di perimetrite e peritonite, che ho incontrato non di rado in laparotomie per tumori pelvici. Il peritoneo è tempestato di vescichette simili a quelle dell'erpes. Queste vescichette trasparenti della grossezza di un pisello hanno un contenuto sieroso, batteriologicamente indifferente. Sono ora raccolte in gruppi, ora isolate e ricoprono tanto il peritoneo parietale che il viscerale. Alcune hanno un epitelio a più strati su un tessuto di sostegno infiltrato; altre risultano da spazi connettivali con un contenuto indifferente.

Fig. 199. — Aderenze perimetriche fra l'utero e le pareti della tasca del Douglas (da Winckel).

Oltre ai mutamenti che si verificano in grembo al peritoneo, altri si ordiscono nell' utero stesso come conseguenza dello spostamento e della compressione cui esso soggiace, e sono in parte raggrinzamenti, in parte effetti della stasi sanguigna.

Nei processi perimetrici estesi si ha quasi sempre contemporaneo interessamento del legamento largo, d'onde essudazioni tanto sopra che sotto al peritoneo. Cospicue sono le alterazioni, cui va soggetto il retto nelle sue funzioni, per causa del processo perimetritico. Il tubo intestinale viene come a trovarsi cementato in seno alla massa degli essudati, che o ne mantengono rigidamente beante il lume o lo strozzano colle briglie cicatriziali, in modo che il canale si fa pervio solo quando un energico moto peristaltico vi caccia a forza la colonna fecale, o quando la sua resistenza è forzata da un contenuto liquido dell' intestino.

Tube ed ovaie soffrono pure ad alto grado per l'affezione del perimetrio. I residui degli essudati determinati dalla pelveoperitonite, sotto forma di cordoni o di briglie, o di strati deposti alla loro superficie, ostacolano nutrizione e funzione di quegli organi, ne determinano un intimo coalito colle altre parti del pavimento pelvico, in modo da di-

sturbarli nei loro processi evolutivi fisiologici (ovulazione). Ora si trovano attratti dall'essudato a formare dei voluminosi tumori cogli organi contigui, ora fissati in punti lontani del bacino, e sottratti perciò ai loro fisiologici rapporti colla cavità uterina.

In questi organi così spostati e compressi si ordiscono fenomeni di stasi, che portano tanto nelle tube quanto nei follicoli di Graaf alla formazione di sacchi idropici, e che possono anche dar origine ad ovarite cronica ed a stravasi sanguigni nello stroma dell'ovaio. Sono appunto questi effetti della perimetrite che assumono dal punto di vista ginecologico la maggior importanza: possono ancora nell'ulteriore loro decorso andare spontaneamente incontro ad una specie di regressione, ma in altri casi si conservano in mezzo al processo di cicatrizzazione, e solo all'età critica vengono coinvolti nella regressione di tutti gli organi pelvici, e subiscono allora un allentamennto che può ridar loro un certo grado di libertà.

I *sintomi* della perimetrite variano assai a seconda delle proporzioni dell'essudato, a seconda delle forme acute o croniche. Mentre nella perimetrite acuta si ha la quasi fulminea insorgenza della sindrome fenomenologica, il brivido, la febbre elevata, la frequenza del polso, il ventre teso per inceppata attività intestinale e per sviluppo di gaz, la tendenza al vomito, il collasso, invece nel decorso cronico del male esso si mantiene non di rado quasi latente fin dai suoi inizii. Le pazienti accusano un malessere analogo a quello provato nelle epoche mestruali o nelle stentate defecazioni, o ai disturbi prodotti da un catarro uterino, dal quale sono per lo più già da tempo molestate. I dolori si fissano sempre più alla regione sacrale, si fanno più intensi ad ogni mestruazione, ad ogni defecazione, resa difficile dal torpore intestinale, e ad ogni coabitazione. Viene in scena un incomodo tenesmo vescicale, e per l'effetto che queste alterazioni spiegano sull'organismo, effetto che si va man mano aggravando, le pazienti vengono a cognizione dell'esistenza di grave malattia dell'apparato genitale.

Nel decorso della perimetrite e pelveoperitonite acuta tralascio di parlare della loro diffusione a tutto il peritoneo con sviluppo di peritonite generale: si tratta qui per lo più di infezioni settiche, sul cui riguardo nulla potrei aggiungere dal punto di vista ginecologico, che non sia già noto a sufficienza per quanto si apprende in ostetricia su tali forme puerperali.

In queste peritoniti settiche a rapida diffusione, che una volta seguivano tanto facilmente alle operazioni ginecologiche, e specialmente alle laparotomie, si ha assai presto l'aumento nella frequenza del polso, un andamento assai poco costante della temperatura, ed entro pochi giorni la morte. I sintomi, che si vogliono attribuire a questa gravissima forma di peritonite settica, e specialmente il vomito bilioso od

emorragico, io non li ho osservati in modo costante. Il sintomo, che più mi colpì per il suo frequente ripresentarsi nei tipi più diversi di questo decorso, è il contegno del polso. Mentre la temperatura talvolta non oltrepassa i 38°, e può anzi essere subnormale, è un sintomo costante e assai precoce della peritonite settica la frequenza del polso: questo si fa piccolo, irregolare e straordinariamente frequente.

In queste forme di peritonite e di perimetrite acuta manca di rado una molestissima paresi intestinale. Vi sono bensì dei casi accompagnati da diarrea, ma nel maggior numero fin dal principio si manifesta un torpore dell'intestino, contro cui non valgono tutti i mezzi usati per promuovere le defecazioni. Alcune si lamentano inoltre di vivi dolori, di sete ardente, di insonnia, altre godono invece di una apparente euforia, che assieme alla poca elevazione termica lascia il campo a dannose illusioni.

Le forme meno acute, che però hanno un principio abbastanza nettamente delimitato, iniziano con movimento febbrile e con vivi dolori. Il rialzo della temperatura non è sempre eguale per grado; talvolta la temperatura fin dal principio non raggiunge che i 38,5, per restare per un po' di giorni a questa altezza. Piuttosto vedonsi accentuati i dolori. Si tratta in ispecie di dolori tormentosi al sacro, che rendono penoso ogni movimento, che si rinnovano ad ogni moto peristaltico, e che si esacerbano ad un grado spasmodico, particolarmente per l'influenza della mestruazione e della ovulazione, pel contatto colle coperte, per l'introduzione delle cannule vaginali. Tali pazienti vanno incontro a rapido deperimento, si sentono spossate al più alto grado, soffrono per insonnia ed inappetenza, pel meteorismo: talvolta vi si associa un tenesmo vescicale persistente, ad onta della frequenza del mitto.

Il quadro della perimetrite acuta è dominato dalla straordinaria sensibilità dell'addome, dal meteorismo, dalla forte tensione delle pareti addominali, che non concedono una palpazione minuziosa delle condizioni del bacino. Dalla vagina si sente l'utero fissato da una massa spesso rigida, che si spinge dietro l'utero e deprime i fornici. In altri casi non è così immediato il mutamento nei risultati dell'esame obbiettivo, e solo in 2.ª o 3.ª giornata della malattia si avverte il versamento nello spazio del Douglas, pel quale l'utero viene fortemente dislocato all'avanti, e che è causa di dolori vivissimi nell'atto della esplorazione. La consistenza di questo versamento è non di rado elastica fin dal principio, solo nell'essudato non incapsulato vi ha notevole mollezza, salvo ad aumentare di consistenza, quando comincia ad inspessirsi. Le masse di essudato si trovano sempre dietro all'utero; talvolta il contorno dei fornici presenta una specie di imbibizione edematosa. Quasi sempre si avverte spiccata pulsazione nei fornici.

Nella perimetrite a decorso lento di solito si incontra a tutta prima

una sensibilità mediocre delle pareti addominali, cui fa riscontro il dolore vivo nei fornici, esacerbato da ogni più lieve tentativo per rimuovere l'utero dalla sua posizione. Frequentemente si riscontra pure inspessito assai il fornice posteriore, che già in questo momento può trovarsi depresso, e attraverso al quale si può distinguere come un'intreccio di briglie e cordoni, dolenti in modo straordinario per ogni menomo contatto. In altri casi invece il fornice posteriore si direbbe quasi sollevato e il dito arriva a stento al fondo cieco della vagina, là ove questa si riflette posteriormente sul collo. L'utero è stirato e fissato a ridosso dell'arco pelvico posteriore, sicchè il suo istmo sembra quasi accollato al sacro. La estensione della superficie, che il dito esploratore deve percorrere lungo l'utero per arrivare al punto di fissazione, non di rado alla semplice esplorazione vaginale fa credere ad una retroflessione, scambiandosi l'essudato pel corpo dell'utero. L'infiltrazione che dal punto di fissazione si diffonde nelle vicinanze assume appunto l'aspetto di quelle briglie e cordoni dolentissimi alla più lieve pressione. In altri casi l'utero sembra fissato e come sospeso ad uno o a tutti e due i legamenti uterosacrali, che, tesi come corde da violino, lo attraggono o sulla linea mediana o lateralmente all'indietro.

Passato lo stadio acuto, e iniziata la lenta reggressione delle lesioni peritoneali, le cose possono decorrere in modo assai vario. Se si ebbe formazione di cospicui essudati, questi possono durare immutati per mesi e mesi, e atteggiarsi a voluminosi tumori retrouterini, che immobilizzano completamente l'utero e lo ricacciano contro la sinfisi: di solito gli annessi, già da tempo coinvolti nell'essudato, non si possono più isolare. Lo spazio del Douglas attraverso al fornice posteriore si sente come occupato da una massa elastica, che figura come l'estremo più largo di un uovo palpabile dai fornici.

Questa massa conserva sempre un certo grado di sensibilità tanto all'esplorazione vaginale, che alla rettale. Il lume dell'intestino ne viene parecchie volte reso angusto o spostato ai lati, oppure, circondato da tutte le parti da essudati che ne fissano le pareti, figura come un foro beante, scavato attraverso a queste masse. L'intestino e il fornice possono presentare una speciale pastosità edematosa. Se progredisce la regressione, la tumefazione si va sempre più rimpicciolendo sul fondo dello spazio del Douglas. Fino a riassorbimento completo l'utero resta spostato in vicinanza sempre più accentuata al sacro o verso un lato. Poi nel decorso del processo regressivo, vengono ad emergere tube ed ovaie alterate nella loro nutrizione e molte volte tumefatte, mentre il fornice rimane fino all'ultimo occupato dai reliquati, inspessito, e sempre sensibile. Se l'essudato si evacua all'esterno, la massa si raggrinza con notevole rapidità, riducendosi considerevolmente di volume; ma resti flogistici rimangono a lungo, anche in questo caso, percepibili attraverso

al fornice nel modo già indicato, e spiegano anche qui lo stesso effetto sugli organi vicini.

A riassorbimento compiuto, l'utero può riacquistare la sua mobilità; gli annessi, liberi dalla pressione dell'essudato, ponno tornare in condizioni normali, ma resta per molto tempo una grande tendenza alle recidive, e solo adottando le più grandi precauzioni queste donne possono, dopo un periodo di 4 a 5 anni, dirsi durevolmente guarite. Questo esito felice mi pare per le mie osservazioni più frequente appunto nei casi di essudato copioso.

Nei casi di essudazione meno abbondante, e specialmente nelle forme ad insorgenza cronica, le cose sono molto più complicate. A tutta prima accade non di rado che il male sembri estinto, e si ha un'apparente guarigione; ma troppo spesso si vede che la cura non ha fatto altro che attutire la sensibilità e ridare agli organi un certo grado di mobilità, mentre persistono gli essudati peritoneali e gli sconcerti funzionali. Spicca particolarmente in questi casi la permanente trasposizione dell'utero, e questo non soltanto nei casi di affezione profonda e di adesione estesa, che saldi ad es. tutta la faccia posteriore dell'utero col fondo o colle pareti dello spazio del Douglas.

Bastano le pseudomembrane avvolgenti l'ovaio o le aderenze nastriformi del tubo intestinale, o la sua compressione per retrazione cicatriziale dei legamenti utero-sacrali, a rendere il male resistente a tutti i medicamenti ed i sussidii terapeutici usati per lungo tempo.

L'utero e gli annessi attratti in queste aderenze patologiche si atrofizzano, il che può concedere transitoriamente alle pazienti una euforia relativa. Le parti possono diventare insensibili al contatto o ristabilirsi un funzionamento regolare, per quanto riguarda mestruazione ed emissione delle feci e delle urine. Ma basta il più lieve malessere, un semplice raffreddamento, per far tornare in scena tutto il corteo dei sintomi e dar luogo ad una recidiva, che rigetta le pazienti per settimane e per mesi in preda ai loro antichi disturbi, per ricuperare poi ancora una guarigione imperfetta.

Rapporti affatto analoghi possono aversi nei prolassi, quando la procidenza sia mantenuta da una fissazione dell'utero per processo di perimetrite. Si sa che venne fatta la proposta, nei casi di prolasso accentuato, di ottenere la fissazione del corpo dell'utero nel bacino, provocando una perimetrite, e riparare così al prolasso. Le aderenze, che mantengono fisso un prolasso, possono allentarsi pel fatto della gravidanza e coll'elevarsi dell'utero può scomparire ogni traccia di perimetrite. Se queste aderenze non cedono, e la fissazione persiste immutata, avviene l'incarceramento che, come nella retroflessione irriducibile dell'utero gravido, può dar luogo prima ad aborto, ma in seguito anche alla morte per gangrena dell'utero e per peritonite acutissima.

Frequente, anzi costante conseguenza di queste retrazioni, è l'interessamento della mucosa uterina; ne derivano fastidiosissime coliche mestruali, menorragie e di solito una secrezione copiosa che disturba profondamente le pazienti (1).

Le malate di perimetrite sono di solito nervose in grado massimo; non di rado si direbbero psichicamente ammalate: spesso si hanno disturbi di innervazione alle gambe, od anche in punti remoti.

Fra le molestie che si concatenano a questa malattia voglio accennare a quelle particolari modificazioni, che in casi di perimetrite cronica si ordiscono in organi lontani, e specialmente ai disturbi visivi che appunto accompagnano le essudazioni ed alterazioni del perimetrio di data antica. Consistono in una accentuata iperestesia retinica, che si palesa in un indebolimento della facolta visiva, alla luce artificiale specialmente, ma anche nella lettura e nei lavori alla luce chiara del giorno (2).

Le perimetriti croniche nel loro decorso insidioso conducono per lo più alla sterilità La possibilità della coabitazione, si capisce ne debba venire non poco influenzata. Poi bisogna riflettere che le retrazioni, gli essudati che talvolta involgono le ovaie, le modificazioni nel decorso della tuba possono rendere assai difficile se non impossibile il contatto fra sperma ed ovulo. Non è poi raro il vedere con questa affezione cronica una esagerata tendenza al coito, che contrasta col fatto assai più frequente di una spiccata ripugnanza. Più volte ho sentito narrare dalle pazienti stesse che, per quanta fosse la sensibilità delle parti al dito esploratore, nulla di analogo provavano durante l'orgasmo sessuale, di cui solo nei giorni successivi dovevano scontare le conseguenze. Certo in queste forme di perimetrite, finchè l'ovaio non è degenerato e le tube non sono occluse, o finchè per influenza della parametrite non si determini nella cavità uterina una secrezione tendente a rapida decomposizione, può ancora avverarsi il concepimento. Verificatasi una gravidanza, si vede talvolta ottenersi la guarigione per il rilasciamento e l'imbibizione, cui la gravidanza dà luogo in tutta la sfera genitale. Le membrane perimetritiche, i residui di essudato, le briglie possono risolversi, e se non agisce qualche altra irritazione in puerperio, la gravidanza può davvero esser seguita da una completa guarigione.

Ma di fronte a questo esito felice si vede non di rado interrompersi prematuramente la gravidanza, essendochè la persistenza delle aderenze patologiche impedisce all'utero di distendersi e di risalire dal piccolo bacino. Qui non è solo alla perimetrite cronica che tocca la colpa dell'aborto, ma anche alle malattie del parenchima e della mucosa.

---

(1) Czempin, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XII.

(1) Mooren l. c,

uterina, tanto frequenti in queste perimetriti, e fors'anco anteriori ad esse. Non sempre le aderenze, anche in apparenza le più resistenti, determinano l'interruzione abortiva della gravidanza, dato pure che l'utero non possa svilupparsi fuori dello scavo; appunto in questi casi si deve ammettere la possibilità di uno sviluppo sacciforme di quella porzione della parete uterina, che guarda liberamente in alto. Nel diverticolo così formato passa e si sviluppa il frutto del concepimento, mentre la parete posteriore dell' utero resta fissata in retroflessione nello scavo. Molto spesso si vede che le aderenze fissano l'utero in flessione o in versione, o lo spostano anche notevolmente in basso.

In riguardo alla diagnosi differenziale, accennerò soltanto che può riuscir difficile il distinguere l'essudato da uno stravaso sanguigno, tanto più che, come è noto, lo stravaso di sangue non di rado si origina da una pregressa perimetrite per rottura di qualche delicata aderenza. Solo una puntura potrebbe in questi casi autorizzare un giudizio, quando in uno di questi casi difficili si avesse un reale interesse a stabilire se il versamento è dovuto ad un essudato o ad uno stravaso. Gli ascessi perimetritici talvolta si fanno strada all'esterno, anche dopo essere rimasti a lungo inalterati, come se si trattasse di un essudato sieroso. Gli stravasi sanguigni è relativamente raro che si evacuino spontaneamente; per lo più vanno incontro a rapido inspessimento, e vengono riassorbiti nè sempre danno luogo a quel senso e rumore di scroscio, che si vorrebbero caratteristici degli stravasi di sangue. La distinzione fra i versamenti extra od intraperitoneali viene di solito facilitata assai dalla sede stessa: gli essudati parametritici, e gli ematomi extraperitoneali si trovano di preferenza ai lati dell'utero, e si estendono verso le ossa iliache, deprimono i fornici laterali e ingrossano in apparenza i bordi dell'utero, col quale però vengono in apparente contatto soltanto se per la loro massa si spingono dalla parete pelvica fino all'utero. Gli essudati perimetritici si trovano quasi sempre dietro l'utero, assai raramente davanti. Possono aver sede tanto elevata nel bacino, da non essere che difficilmente accessibili attraverso ai fornici; attualmente però deprimono il fornice posteriore ed il fondo dello spazio del Douglas, assumendo la forma dell'estremità larga di un uovo, se non sono fatti irregolari e bernoccoluti alla superficie dalla presenza di membrane stratificate.

La *prognosi* della perimetrite dovrà sempre essere riservata. Se anche di solito è escluso il pericolo di una diffusione acuta a tutto il peritoneo, però gli esiti della perimetrite, gli spostamenti degli organi pelvici e le offese che questi subiscono sono non di rado la sorgente di sofferenze gravi ed ostinate. Anche gli essudati incapsulati, sebbene di solito decorrano favorevolmente, si dovranno ritenere come un male molto serio, non tanto perchè possa avvenirne la perforazione nella cavità peritoneale, quanto perchè più tardi e con sintomi subdoli può avvenirne la fusione e la perforazione con formazione di fistole.

La cura della forma acuta sarà puramente antiflogistica: vescica di ghiaccio, riposo, promuovere scariche alvine abbondanti e liquide, eventualmente praticare sottrazioni sanguigne al ventre. Superato lo stadio acuto, bisognerà promuovere i processi regressivi, curando sempre il riposo nel decubito dorsale e le abbondanti evacuazioni. Per favorire il riassorbimento, appena calmati i sintomi acuti, ricorro ad irrigazioni vaginali calde a 50° C., sostituisco con impacchi caldo-umidi la vescica di ghiaccio, per poi passare all'uso dei preparati iodici, dell'iodoformio e dei semicupi quando sia cessata la febbre, attutita la sensibilità ed iniziato il periodo regressivo. Con ottimo risultato si assocerà a questi mezzi l'applicazione di cataplasmi di muffe sul ventre, od anche di bagni interi e coll'uso di preparati solfoiodici. Anche gli essudati più abbondanti possono così venir riassorbiti in un tempo relativamente breve sotto questa cura e con un'opportuna dieta ricostituente.

Solo in via eccezionale occorre evacuare queste raccolte quando il contenuto cade in decomposizione ed i prodotti della decomposizione sono causa di febbri ostinate e di nuovi sintomi tumultuosi. Di solito si potrà aprire l'ascesso dal fornice. Messo allo scoperto il punto prescelto, vi si impianta un tre quarti: la cavita viene lavata; con un bistorì bottonuto si amplia l'apertura e vi si porta un tubo da drenaggio o una striscia di garza.

In questo modo di solito la cavità si chiude in poche settimane. Le più gravi complicazioni, l'apertura verso la vescica, verso l'utero, verso la vagina con formazione di seni fistolosi dovranno trattarsi secondo le indicazioni del caso speciale.

Nella cura delle forme croniche si tratta anzitutto di concedere alle parti il massimo riposo. Si cercherà di procurare facili defecazioni liquide, si consiglierà di mettersi di frequente a giacere, il cauto moto all'aria aperta, meglio se a piedi, l'assoluta astensione dai rapporti sessuali. Si eviterà rigorosamente ogni manipolazione medica: le esplorazioni profonde, le sottrazioni sanguigne, le cure con sonde o pessarì sono direttamente controindicate e proibite. Finchè sono ancora vivi i dolori, le pazienti dovranno più volte al giorno stare sdraiate per qualche ora con impacchi freddi o tiepidi od anche caldi sul ventre, pigliare regolarmente qualche purgativo, e fare cautissime lavature vaginali con acqua tiepida o con decozioni mucilaginose, con aggiunta di morfina o di infuso di cicuta (25 : 170 e 30 di acqua di lauro ceraso — 3 cucchiai per litro), sotto debolissima pressione, eventualmente si aggiungeranno supposte con morfina, estratto di belladonna, cocaina e simili. Dopo alcuni giorni si intraprendono semicupi a 32° C. o con temperatura gradatamente decrescente ed irrigazioni vaginali calde a 50° C. Cessati i dolori, è il momento opportuno per ricorrere agli indicati mezzi risolventi.

Fra gli espedienti, che si possono adottare nelle forme croniche di perimetrite con scarso essudato, raccomanderò, oltre ai già indicati, le irrigazioni rettali alla Hegar (1), le quali, aumentando sempre più la quantità del liquido, abbassandone la temperatura e prolungandone la durata, esercitano dall'intestino un'influenza assai benefica di distendimento sulle aderenze organizzate e contribuiscono efficacemente a ridare mobilità agli organi del bacino. Le aderenze perimetriche si considerano come un campo favorevolissimo e promettente per le manovre di massaggio. In realtà una cauta distensione non solo può ridare la libertà agli organi fra loro aderenti, ma per effetto sulla circolazione può migliorare la nutrizione degli organi pelvici ed eccitare così il riassorbimento degli essudati.

Io non ricorro al massaggio finchè la sensibilità è grande: escludo anche le ragazze e le persone eretistiche. Gli esiti migliori sono dati dai casi, in cui collo e corpo sono fissati in sottili briglie, ma anche qui il massaggio fallisce se gli annessi sono coinvolti nelle aderenze. L'intimo coalito dell'utero coll'intestino o colla parete del Douglas, le aderenze delle ovaie e delle tube, resistono quasi sempre ai tentativi di liberazione; moltissime malate ho viste, trattate dai più noti *masseurs* della Germania e della Scandinavia, nelle quali era rimasta senza effetto una lunga e paziente cura di massaggio (2). Schultze (3) e Küstner (4) hanno consigliato di forzare le aderenze con manovre metodiche combinate.

Considerando i rapporti che si incontrano nelle laparotomie, io dubito se questo mezzo si possa applicare senza pericolo nei casi gravi di cui io parlo. Il tentativo di Boisleux (5) per rompere le aderenze attraverso ad una apertura nel fornice posteriore, non sembra irrazionale. Siccome vi è sempre in queste peritoniti croniche il timore di una recidiva, questo metodo radicale si riserverà in casi più gravi.

Indubbiamente è molto più conservativo il distacco delle aderenze per via laparotomica. Si rompono le aderenze colle dita; solo eccezionalmente si ricorre a strumenti taglienti. L'utero deve diventare tanto mobile da potersi sollevare e fissare fino al margine della ferita. Molte volte occorre rompere delle briglie sul pavimento pelvico. I legamenti uterosacrali accorciati si possono incidere come si farebbe in una tenotomia sottocutanea, chiudendo poi con catgut il punto di impianto del

---

(1) Hegar. Deutsche Klinik (Göschen), 1873, n. 8, Berliner klin. Wochenschrift 1874, n. 6 e 7.

(2) Due *Masseurs* noti in Europa, Metzger di Wiesbaden, e Kleen di Karlsbad mi hanno comunicato le loro esperienze, emettendo una opinione conforme alla mia.

(3) Conferenze Volkmann.

(4) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.

(5) Cent. f. Gyn. 189?.

bistorì. Si completerà l'operazione distaccando le aderenze delle ovaie e delle tube, ed eventualmente colla resezione di parti ammalate o di sacchi tubarici atresici. Il risultato finale non è sempre una guarigione completa: il carattere subdolo della malattia non esclude sempre le recidive nemmeno dopo una operazione radicale. In ogni modo si ha nella maggior parte dei casi guarigione, negli altri per lo più un miglioramento.

Le osservazioni sì spesso ripetute di esacerbazioni dei dolori e di ricadute del processo perimetritico nel tempo della mestruazione hanno fatto nascere il pensiero di togliere questa causa alle recidive, anticipando la menopausa. Sono specialmente alcuni autori inglesi ed americani, che hanno attuato la castrazione per questa indicazione, e con buon esito, a quanto si rileva dalle casistiche. In Germania questo modo di procedere finora ha incontrato pochissimo favore (1). Il mio parere in questa questione è che fino ad ora non ho mai trovato necessario di esportare delle ovaie per sè sane, per guarire una perimetrite. Ma stando alle mie osservazioni, non di rado in tali casi colla perimetrite coincide anche una malattia delle ovaie. Allora l'operazione non prende di mira la sola perimetrite, ma assieme anche l'ovarite cronica e la salpingite: i residui di essudato e le membrane avvolgono in massa tutti questi organi, conglutinandoli in un solo tumore grosso quanto e più di un pugno.

Di tali casi, ne ho già operati finora più centinaia per ovarite cronica e salpingite, esportando assieme ovaie, tube ed essudato perimetritico, ed ottenendo così la guarigione. Svanirono i dolori continui colle loro esacerbazioni mestruali, e dopo la lunga malattia le pazienti, stando alle più recenti notizie, sono quasi tutte guarite, e la perimetrite si è ad ogni modo risolta. Certo vi furono anche molte recidive che reclamarono un certo tempo per la loro guarigione.

Merita una certa attenzione il fatto che, col perfezionamento della tecnica operativa, si è raggiunto un tal grado di sicurezza nell'esecuzione delle ovariotomie e delle laparotomie, che ormai queste operazioni si possono eseguire appunto nei casi, ove una volta si sarebbe trovata a più stretta controindicazione, come in queste pelviperitoniti. Naturalmente mi risolvo all'operazione solo quando, sotto una cura continuata a lungo, non si è risolta la perimetrite, e quando un attento e ripetuto esame mi ha persuaso dell'alterazione nelle ovaie e nelle tube.

2. — Ematocele intraperitoneale.

I versamenti sanguigni liberi nel cavo peritoneale si battezzano per ematocele solo quando formano una massa incapsulata davanti o dietro

(1) J. Veit, Ueber Perimetritis, Conferenze Volkmann, n. 255, 1885.

l'utero. Questi ematoceli non si riscontrano quasi mai in donne perfettamente sane. Tutte le donne, che ne sono colpite, avevano sofferto di disturbi mestruali, la maggior parte hanno partorito ed hanno anche avuto un puerperio morboso per lesioni all'utero od agli annessi. Se questa è una condizione per l'insorgenza di un ematocele, bisogna però ammettere che intervenga una causa occasionale, perchè nel gran numero di donne, che ebbero puerperî morbosi, è scarsissimo il numero di quelle che vennero colpite da ematocele intraperitoneale. Il calcolo della frequenza del male è anche reso difficile, pel fatto che molte di queste pazienti si presentano all'osservazione medica molto tardi, o non si presentano affatto. Perciò le cifre addotte dai diversi autori sono tanto disparate, che non è possibile desumere una cifra media dai casi raccolti nella letteratura (1).

Le emorragie possono derivare dalla lacerazione di aderenze peritoneali, che preesistono abitualmente allo sviluppo dell'ematocele, sia per una pregressa pelveoperitonite sierosa, sia per un processo analogo alla pachimeningite emorragica (2), in cui una violenta dislocazione dell'utero nelle coabitazioni impetuose, o la tumultuosa azione degli intestini, o una manovra per la diagnosi o per la terapia ginecologica dànno luogo alla lacerazione vasale. Un'altra sorgente dell'emorragia può trovarsi nelle tube o nelle ovaie. Al processo mestruale ed alla deiscenza del follicolo si associa non di rado una lacerazione superficiale, che dà luogo a versamento di sangue alla superficie dell'ovaio e, di lì, nello spazio del Douglas. Di solito però le ovaie sono coinvolte nella perimetrite che io ho indicato quale l'origine principale dell'affezione, ed allora l'emorragia alla superficie dell'ovaio non rappresenta che una parte del sangue stravasato. Le emorragie della tuba possono analogamente aversi nelle malattie della tuba stessa, nello stesso modo che vediamo delle emorragie dalle mucose infiammate, e nel maggior numero di casi di perimetrite le tube non sono intatte. L'origine più frequente dell'ematocele intraperitoneale però è data dalla gravidanza estrauterina tubarica (3).

Anatomia patologica. — Nell'ematocele si riconosce sempre un tumore sanguigno più o meno esteso poggiante sul pavimento pelvico. Nel massimo numero dei casi la massa sanguigna è situata dietro l'utero nello spazio del Douglas, ematocele retrouterino: solo eccezionalmente la si riscontra nello sfondato vescico-uterino, ematocele antiuterino (4).

---

(1) Vedi per la letteratura il trattato di Schröder a pag. 468.

(2) Virchow, Die krankahfte Geschwülste 1863, vol. I. pag. 150.

(3) Schröder, Kritische Untersuchungen über die Diagnose der Hematocele retrout, ecc. Bonn. 1886. — Berlin. klin. Wochenschrift 1886, n. 4 e segg. — Veit calcola che l'ematocele da gravidanza ectopica stia all'ematocele da altre cause nella proporzione di 2 : 1.

(4) G. Braun, Wiener med. Wochenschr. 1872, n. 22 e 23. — Trechsel, Corr. f. Schweizer Aerzte 1875, n. 9.

Lo spazio del Douglas si trova tappezzato da pseudomembrane, che rivestono il perimetrio e le pareti laterali e posteriore del cavo, e che lo chiudono anche verso l'alto, essendovi dei depositi flogistici accumulati sulle anse intestinali che prospettano verso lo spazio completamente incapsulato, attraversato da briglie e cordoni, e ripieno di sangue. Il sangue talvolta rimane liquido a lungo: in altri casi coagula parzialmente; in altri ancora lo si trova misto a liquido sieroso ed a pus. Se l'incapsulamento esistesse prima dell'avverarsi dell'emorragia, o se si è formato in seguito, non è sempre facile dirlo nei casi singoli: la possibilità di uno stravaso nello spazio non ancora chiuso è indiscutibile. Il sangue versato al di fuori del piccolo bacino potrà dar luogo ad un ematocele solo quando, durando a lungo la perdita o ripetendosi di frequente, si riversi il sangue, e si accumuli ad un punto più declive dello spazio del Douglas. Occupato lo spazio del Douglas, entrano naturalmente in scena i rapporti di capacità di questo spazio e il vario grado di ripienezza della vescica e del retto. Il sangue fluido, al pari dell'essudato libero, può essere cacciato fuori dalla tasca del Douglas per l'azione delle anse intestinali e della distensione della vescica e del retto. Solo quando il sangue versato si coagula, ed ha tempo di ispessirsi, si potrà avere la formazione di un tumore sanguigno nello spazio del Douglas, di un ematocele; specialmente se l'emorragia si avvera a intervalli, si determina una tensione elastica nella sacca già delimitata dalle membrane incapsulanti, che occupa il bacino, e per questa tensione viene cacciato in avanti l'utero e compresso il retto. Solo per queste emorragie secondarie si spiega come la massa di sangue possa svilupparsi a formare un tumore che sorpassa il livello del fondo dell'utero. Perciò nell'ematocele si incontreranno per lo più stratificazioni e membrane assai sviluppate sul peritoneo che è in contatto colla raccolta sanguigna, inspessimenti della sierosa, coaliti ed aderenze, che vanno modificandosi col progredire del riassorbimento o collo svuotamento del tumore.

I sintomi di solito si fanno subito palesi al primo inizio del male. A seconda della causa, si può attribuire il punto di partenza del male ad un dato sforzo o ad uno spostamento violento degli organi del bacino. Non sempre riesce manifesto il gruppo di sintomi caratteristico del male, perchè per lo più le pazienti sono già da tempo malaticcie, afflitte dai più svariati disturbi, tormentate specialmente dalla perimetrite, e già in precedenza più d'una volta si verificano sconcerti molto analoghi a quelli dello stravaso sanguigno, senza che però siasi avverata una lacerazione vasale ed una raccolta apprezzabile di sangue. Non è neppur raro che siano per molto tempo preceduti dei disturbi dismenorroici. La ripetuta mancanza della mestruazione prima della comparsa dell'ematocele dà grande verosimiglianza all'opinione di Schröder, svolta

poi ampiamente da Veit (1), che si tratti cioè in questi casi della rottura del sacco di una gravidanza tubarica. Lo sviluppo dell'ematocele è solitamente accompagnato da vivi dolori peritoneali, che però talvolta possono anche restare assai limitati. Con questi dolori, a cui si associano meteorismo e urti di vomito come indizio dell'irritazione peritoneale, vengono in scena i sintomi proprî dello stravaso sanguigno, assai varî del resto nella loro intensità.

Di fronte a casi, in cui si ha immediato profondo collasso con tutti i segni dell'anemia acuta, altri ve ne sono, nei quali per la lenta formazione dello stravaso l'anemia non si rende manifesta che gradatamente. Si trova allora pallore sempre più marcato della cute e delle mucose visibili, piccolezza e frequenza del polso, cardiopalmo, angoscia precordiale, ronzìo alle orecchie, deliqui, urti di vomito, sete viva, annebbiamento della vista. Questi sintomi hanno insorgenza brusca o graduata, a seconda del modo di origine dell'ematocele. Se l'emorragia è considerevole, e le membrane incapsulanti permettono l'accumulo di grandi quantità di sangue nel bacino in modo da formare un tumore, sono ben presto evidenti i fenomeni di compressione sugli organi pelvici vicini.

Premito e tenesmo rettale e vescicale, sensazione di un corpo che faccia procidenza, senso di ripienezza e di grave malessere, sono tutti sintomi che vengono presto in scena. Se ai segni dello stravaso e del suo atteggiarsi a tumore si associano i sintomi dell'interessamento del peritoneo, ne emerge il quadro del più grave collasso, quale non di rado lo incontriamo in questi casi. Troviamo le pazienti colle estremità gelide con un pallore cadaverico, in uno stato di ansiosa irrequietudine, smaniose pel bisogno di aria e per la sete ardentissima, con urti di vomiti e con incessanti premiti al basso ventre. Non sempre si ha distensione meteoritica del ventre, che talvolta sembra pochissimo teso: assai varia è anche la sensibilità al contatto delle pareti: basta talvolta il più lieve tocco per destare atroci dolori, mentre ho visto altre donne, forse inerti per l'anemia, non reagire quasi affatto alla palpazione. È eccezionale un rialzo pronunciato di temperatura fin dai primi momenti, rialzo che contrasta in questi casi col freddo alle estremità.

All'esplorazione vaginale si trova l'utero spostato all'avanti da un tumore elastico, che fa sporgere fortemente in basso lo spazio del Douglas: in altri casi l'utero, ricacciato in alto, è assai difficilmente accessibile dietro la sinfisi. Il tumore da principio pare in intima connessione coll'utero: l'esagerata sensibilità dell'addome, la gravezza delle condizioni generali, e il dolore provocato dal diretto contatto col tumore vietano in questi primi stadî di attuare un esame abbastanza dettagliato, come

(1) Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med. 1877, n. 34.

accade talvolta di poter fare. Anche il retto si trova compresso ed il suo lume occluso per la presenza del tumore: questo, deprimendo la parete anteriore del retto, si caccia fino al sacro, lasciando solo lateralmente una sottile fessura. Nei casi recenti per lo più il tumore è elastico. È difficile poter constatare una fluttuazione distinta: più spesso si avverte il noto scroscio come di neve compressa. Il tumore si fa a poco a poco duro, e alla sua superficie si sentono talvolta isolarsi dei bernoccoli, mentre in altri casi la massa si mantiene perfettamente liscia. Non sempre la consistenza si cambia uniformemente: talora si trovano qua e là dei punti di rammollimento, che possono anche indicare l'avvenuta fusione.

Riguardo alla diagnosi differenziale delle emorragie intraperitoneali in confronto colle estraperitoneali, mi sono già spiegato al capitolo sull'ematoma extraperitoneale. Qualche maggior difficoltà si può trovare nella diagnosi differenziale fra ematocele e versamenti pelvici d'altra natura, prodotti da un processo di perimetrite, come gli essudati sierosi e purulenti. Tale diagnosi differenziale è resa ancor più difficile dalla circostanza, che negli ematoceli di data antica si verificano spesso cambiamenti intimi nella struttura del sangue, che si avvicinano assai alle accennate condizioni patologiche. Per decomposizione del sangue e precipitazione della parte solida può residuare un liquido quasi sieroso, mentre d'altra parte i postumi infiammatorî possono determinare decomposizione del sangue e suppurazione. In questi casi il modo con cui iniziò la malattia ci servirà di guida. Se la donna ebbe prima sospensione mestruale per uno o più periodi, cui seguì l'improvvisa insorgenza del male, si avrà diritto di ritenere il tumore per un ematocele, e precisamente dovuto alla rottura del sacco di una gravidanza tubarica. Così pure nei casi di pregresse affezioni del peritoneo pelvico, la insorgenza brusca ed afebbrile deporrà chiaramente per un ematocele. Certo che anche nell'ematocele si può avere un certo movimento febbrile, senza che sia avvenuta decomposizione del sangue: la temperatura si rialza, si accentua la sensibilità dell'addome, ed insorge meteorismo come nella peritonite. In questi casi probabilmente dalle tube assieme col sangue si è riversato nel cavo peritoneale un agente pirogeno, d'onde il rialzo di temperatura. Non per questo si deve dedurne che abbia a seguire inevitabilmente la suppurazione dell'ematocele. La febbre a poco a poco cessa, e in grembo all'ematocele si inizia il tipico processo di riassorbimento.

Un andamento molto insidioso, con graduale sviluppo ed esagerata sensibilità della massa situata nello spazio del Douglas, non depone di solito per un ematocele, ma per un versamento da processo flogistico. Specialmente in casi di data un po' remota, in cui non si potè osservare nè constatare coll'anamnesi l'insorgenza acuta del male, la raccolta san-

guigna potrebbe dar luogo ad uno scambio con tumori o con emorragie d'altri organi, principalmente delle ovaie e delle tube.

Qualche tempo fa ho visto un caso di questo genere riguardante una donna robusta, che aveva già partorito più volte, e nella quale sei mesi dopo l'ultimo parto si era bruscamente manifestato un tumore, con rapida insorgenza dei sintomi d'anemia e di irritazione peritoneale, tumore che occupava e distendeva lo spazio del Douglas, invadeva tutto lo scavo, e aveva spostato l'utero in avanti e un po' in alto. Nei puerperii precedenti la paziente aveva sofferto alquanto, ma del resto aveva sempre potuto attendere con grande energia alle faccende domestiche. L'improvvisa insorgenza, l'anemia pronunciata e la consistenza caratteristica mal definibile del tumore, infine la sua assoluta immobilità nello scavo indussero il medico curante ad emettere la diagnosi di ematocele. Si tentò per parecchi mesi di promuovere il riassorbimento del supposto ematocele, senza ottenere alcun miglioramento nelle condizioni della paziente, nè alcun cambiamento apprezzabile nel tumore. Anzi le forze andavano sempre più decadendo, e sia pel crescente marasma, sia pei dolori insistenti e per la stazionarietà nelle condizioni del tumore ammessa dal medico stesso, la paziente si risolvette a ricorrere a me. Rilevai lo stesso reperto constatato fin da principio dal collega, solo che nella narcosi, con una faticosa palpazione attraverso alle pareti addominali piuttosto ricche di adipe, mi riescì constatare una certa mobilità del tumore rispetto all'utero. Il tumore non era aumentato durante la mestruazione; la sua consistenza, sebbene non esattamente apprezzabile, accennava però ad una tensione elastica. Potei constatare l'inspessimento della tuba destra tumefatta a foggia di clava e apparentemente connessa al tumore: a destra non mi riuscì di avvertire l'ovaio, poco distinguibile anche a sinistra. Esternai il sospetto che verosimilmente in questo caso non si trattasse di ematocele, perchè non si sarebbe spiegata la mobilità del tumore rispetto all'utero: la sua forma tondeggiante in alto e lateralmente, la tensione elastica, mi facevano credere che si trattasse di un tumore incarcerato nella pelvi. Dopo aver tentato di favorirne l'involuzione con una cura protratta per qualche settimana, in vista delle condizioni generali ormai fatte minacciose, mi decisi ad un intervento operativo per cerzionare la diagnosi, e per rimuovere eventualmente il tumore Incisi il fornice posteriore, e potei così constatare che non si trattava di uno stravaso sanguigno nello spazio del Douglas, ma d'un tumore ovarico incarcerato nello scavo, della grossezza di un pugno, e ripieno di sangue. Riuscii a isolare da ogni parte questo ematoma dell'ovaio per la via della vagina: ne evacuai il contenuto solidificato, ed esportai poi l'ovaio colla tuba discretamente ingrossata. Applicai un tubo da drenaggio nello spazio del Douglas, dove vidi discendere delle anse intestinali solo verso la fine dell'operazione. — Guarigioue senza incidenti.

In casi consimili di difficile diagnosi fu consigliata la puntura per accertare la natura del tumore. Nei versamenti sanguigni non sempre si ritrae subito colla puntura del sangue , ma molto spesso un liquido sieroso quasi limpido, in cui solo quà e là si constatano traccie di antiche emorragie: negli essudati invece non si ha liquido misto a sangue, ma sieroso, oppure mescolato con pus, e talvolta dotato di cattivo odore.

La *prognosi* dell'ematocele, se lo stravaso si fa in uno spazio chiuso, è benigna, purchè lo spazio non sia capace di una eccessiva quantità di sangue, e non vi giungano germi di decomposizione numerosi ed attivi. L'evacuazione della massa incapsulata e il suo passaggio nella cavità pe-

ritoneale sono di solito accompagnati da gravi fenomeni, ma anche qui talvolta si spiega in modo insperato il potere assorbente del peritoneo, sicchè la malata può riaversi dal collasso anche in apparenza il più minaccioso. Solo le emorragie eccessive, rapidissime, tanto più se accompagnate dal contemporaneo passaggio di sostanze di azione infettiva energica, aggravano assai la prognosi dell'ematocele, trattandosi anche di donne che sono assai indebolite. Se il sangue cade in preda a decomposizione, può avverarsi, come negli essudati, l'evacuazione negli organi vicini: questo più frequente esito si accompagna bensì a gravi sintomi ma autorizza ancora la speranza in una guarigione spontanea.

Riguardo alla *terapia* mi rimetto a quanto dissi per la perimetrite. Nell'ematocele si dovrà anzitutto cercare che cessi l'emorragia mediante cura opportuna col ghiaccio, col riposo, ecc.: le condizioni generali richiedono il generoso uso di eccitanti per vincere il collasso. Superate le conseguenze immediate dell'emorragia, di solito il riassorbimento si avvia regolarmente, usando della già accennata cura risolvente. È difficile stabilire il punto, ove cessi l'indicazione della cura aspettante, e convenga invece ricercare direttamente la sorgente dell'emorragia o tentare l'esportazione operativa dell'essudato. Bisognerà sempre regolarsi a seconda dei singoli casi.

Se vi ha sospetto di gravidanza ectopica con consecutivo ematocele, si farà al più presto possibile la laparotomia.

Gli stravasi incapsulati si possono aprire dal fornice. Nel sospetto si tratti della rottura di qualche organo io preferisco la laparotomia, che, data l'indicazioee, si farà d'urgenza.

Uno stravaso che fosse in procinto di evacuarsi all'esterno o in qualche cavità vicina, sia o no in via di decomposizione, si potrebbe operare pungendolo da questa cavità: finora non ho avuto occasione di farlo. La perforazione che di solito avviene verso l'intestino, la vagina, o la vescica offre una prognosi piuttosto buona e conviene lasciarla a sè.

Solo per casi di straordinarie difficoltà crederei giustificata una puntura od incisione a scopo diagnostico, ed allora consiglierei di farla seguire da esportazione completa del tumore.

In alcuni rari casi ci si può presentare una forma caratteristica di malattia peritoneale, che, per quanto finora si può ritenere, si avvicina alle lesioni tubercolari del peritoneo, ed è causa dello sviluppo di un idrope saccato del peritoneo.

IX. Malattie dell'ovaio.

La ghiandola sessuale femminile, per la non interrotta evoluzione di processi fisiologici dalla vita fetale fino alla senilità, è predisposta ad alterazioni patologiche. Prende anche parte essenziale a certe malattie di infezione, specialmente alla sepsi, mentre non pare sia colpita, almeno in modo speciale, dalla tubercolosi.

Le ovaie prendono pure parte alle malattie del peritoneo, sieno esse idiopatiche, o dovute alla diffusione di malattie di organi vicini, e fra questi specialmente degli organi genitali. Le ovaie probabilmente soffrono anche per l'insulto meccanico di impropri eccitamenti sessuali. Assieme all'utero le ovaie, per la loro intima connessione con quello, sono a pari grado disposte all'insorgenza di tumori, che oggidì, sia dal punto di vista clinico che istologico, si devono sospettare di natura maligna.

Siccome nell'ovaio certe fasi di sviluppo si completano già poco dopo la nascita, è lecito sospettare che nella vita fetale possano pure originarsi dei processi patologici, che però diventano evidenti solo molto più tardi.

Anche i cistomi semplici dell'ovaio hanno una certa disposizione alle recidive.

I neoplasmi maligni dell'ovaio si distinguono perchè fin di buon'ora sogliono infettare i tessuti vicini, e specialmente il peritoneo.

Riguardo alla sintomatologia delle malattie ovariche in genere, è degno di nota come non si conosca alcun segno clinico che possa considerarsi quale sintomo costante di una malattia dell'ovaio. I dolori noi sappiamo che hanno parte affatto secondaria in moltissime affezioni ovariche. I dolori si hanno solo quando la superficie dell'ovaio per processo flogistico contrae aderenze con qualche organo vicino: ma anche alcuni degli intimi cambiamenti di struttura dell'ovaio sembrano, sebbene raramente, dare origine a sensazioni dolorose, come possiamo desumere dai casi, sempre rari, di lesione isolata dell'ovaio senza contemporaneo interessamento della sua superficie (1).

---

(1) Loehlein, Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Vol. XVII.

È molto incostante l'influenza delle malattie ovariche sugli altri organi della generazione, specialmente sull'utero o sulle sue funzioni, e in modo particolare sulla mestruazione. Sembra, del resto, che non siano rare le emorragie negli stati irritativi dell'ovaio come sintomo di una endometrite fungosa: così pure si osserva l'amenorrea ed una atrofia dell'endometrio, quando ammalano ambedue le ovaie (1). È relativamente precoce l'amenorrea nel carcinoma bilaterale dell'ovaio.

Parrebbe naturale che le malattie ovariche abbiano ad influire sulla fecondità della donna, quando siano interessati in totalità gli organi, che preparano il germe. Siccome però ciò accade relativamente di rado, convien andar cauti nell'ammettere in modo assoluto la sterilità nelle malattie ovariche, e solo nelle infiammazioni o nei tumori diffusi si considererà questa conseguenza come inevitabile.

Nelle malattie ovariche si ha una particolare fenomenologia nel campo del sistema nervoso (2). Le nevrosi nelle affezioni dell'ovaio offrono ancora molti punti ignorati, l'anatomia patologica dell'ovaio si può ritenere tuttora assai oscura in rapporto a queste nevrosi, alcune delle quali ci accontentiamo di designare come sintomi di talune malattie dell'ovaio, senza poter dire nulla di più preciso in proposito.

La mancanza totale (3), lo sviluppo rudimentario delle ovaie, la presenza di ovaie sopranumerarie (4), per quanto siano interessanti dal punto di vista embriogenetico (5), non hanno importanza clinica se non in quanto ostacolano la vita sessuale. Il senso genitale manca solo, e non sempre, nell'assenza completa delle ovaie. Anche con uno sviluppo rudimentario è possibile la fecondazione, purchè nei rudimenti esistano follicoli ed uova. Non sembra dubbio che questi stati siano suscettibili di un certo ulteriore sviluppo, sotto l'influenza dello sviluppo dell'utero e di una cura opportuna, e da questo punto di vista la terapia non deve ritenersi completamente superflua. Il numero esuberante delle ovaie non può evidentemente portare alcun ostacolo al concepimento, senza che però finora siasi nemmeno constatato conseguirne una esagerata prolificità.

La diagnosi della mancanza, dello sviluppo rudimentario, e delle ovaie soprannumerarie spesso, in condizioni nel resto normali, dipende solo da una constatazione accidentale. Se esistono altre malattie nell'apparato genitale, la palpazione a scopo diagnostico può essere assai

---

(1) Czempin, Congresso di Berlino del 1886.

(2) Hegar, Der Zusammenhang der Geschlechtskrankh. mit nervösen Leiden. und die Castration bei Neurosen, Stuttgart 1885.

(3) Rokitanshy, Lehrb. der prakt. Anat. 1861. — Allg. Wiener med. Zeit. 1860. — Klebs, Path. Anat. der weibl. Sexualorg, 1871.

(4) Wien. Medicin. 1863, n. 43.

(5) Beigel, Wien med. Wochenschr. 1877, 12. — Winckel, Atlante, tav. 34.

difficoltata dalle aderenze d'ogni genere, dagli spostamenti di organi, e dai depositi e membrane perimetritiche che li rivestono: così il maggior numero di questi casi viene scoperto solo al tavolo anatomico, o nell'occasione di atti operativi.

Ben altra importanza hanno le anomalie di sede delle ghiandole sessuali (1).

A) Se l'ovaio si trova in un sacco erniario, vi si trovi poi fin dalla vita intrauterina, o vi sia disceso più tardi, esso potrà sempre svilupparvisi in modo fisiologico. L'ovulazione non viene impedita pel puro fatto della ectopia in un sacco erniario: l'uovo può giungere in modo normale nell'utero per mezzo di una fimbria allungata, o per la contemporanea trasposizione della tuba. Alcuni, casi nei quali si trovò un corpo luteo vero in un ovaio ectopico, dimostrano che queste uova sono suscettibili di essere fecondate. Finchè l'ectopia non rappresenta che una semplice dislocazione e non si destano processi infiammatorî nei contorni dell'ovaio o nell'ovaio stesso, lo spostamento non pare abbia un vero significato patologico. Diversamente da quanto accade pei testicoli, non sembra che queste ovaie ectopiche abbiano speciale disposizione alle degenerazioni maligne. Possono tuttavia ammalare per ripetuti traumi, per stati cronici irritativi o per una qualunque altra causa patogenetica.

L'ovaio ernioso può trovarsi a ridosso dell'anello inguinale o sceso nello spessore delle grandi labbra, tanto da un solo che da ambedue i lati. Talvolta si osservano tali ernie come reperto accidentale nelle autopsie, e si vede allora la tonaca vaginale comportarsi come nei soliti rapporti anatomici delle ernie, mentre il fatto sfugge abbastanza di frequente alla constatazione in vita.

Nel caso descritto da Kochenburger, l'individuo, con una costituzione spiccatamente femminea, difettava completamente degli organi genitali interni. I tumori giacenti nello spessore delle grandi labbra davano forti dolori nelle coabitazioni, sicchè ne fu invocata l'estirpazione. Le ghiandole si dimostrarono per testicoli; esitsteva dunque nn ermafroditismo bilaterale.

Se l'ovaio spostato si infiamma, per lo spazio limitato si hanno vivissimi dolori e fenomeni di incarceramento, d'onde versamenti sanguigni, suppurazione, gangrena, evacuazione all'esterno o all'interno. A tali complicazioni sono specialmente predisposte le ovaie ectopiche situate profondamente, in un punto dove la rigidità dei tessuti circostanti impedisce la distensione del sacco erniario.

La diagnosi potrebbe a tutta prima errare per uno scambio con

---

(1) Puech, Des ovaires et leurs anomalies. Paris, 1873. — Englisch, Med Jahrb. 1871. — Olshausen, Krankh. der Ovarien II, 1886. — Warner and Stozer, Boston gyn. Journal VI, 374. — Mundè. Amer. gyn. Society IV, 104. — More Madden, Dubl. med. Journ. 1886. — Otte, Berl. klin. Wochenschrift, 1887, pag. 435. — Kochenburger, Soc. di Ost. e Gin., Berlin, 11 nov., 1892.

ghiandole linfatiche infiammate: ma questo errore verrà evitato ponendo mente all'esistenza di un colletto erniario.

L'ovaio spostato si presenta teso e solido: per accertare la diagnosi si dovrà stabilire la sua connessione coll'utero. L'utero di solito è obliquamente situato rispetto al colletto erniario: per lo più si può constatare una tumefazione del viscere incarcerato durante la mestruazione, ed una tumefazione nel periodo intermestruo.

Questi casi richiedono una cura solo quando dallo spostamento origini qualche disturbo. Si dovrà allora tentare il taxis, o, se ciò non e direttamente possibile, si tenterà la riduzione, previa dilatazione del canale inguinale. Per evitare la riproduzione dell'ernia si dovrà far portare un cinto. Se l'ovaio spostato si ammala, e se dà luogo a periodici disturbi o, nei casi di lesione grave ad immediati fenomeni reattivi di una certa importanza, è indicata la sua ablazione; operazione che comunemente non dovrebbe offrire speciali difficoltà. All'ablazione dell'ovaio spostato si potrà far seguire la chiusura della porta d'uscita (1).

B) Importanza ben maggiore hanno acquistato in questi ultimi anni i casi di *descensus e prolasso dell'ovaio*. Specialmente nella letteratura americana si vede portato questo errore di sede come frequente indicazione all'estirpazione delle ovaie. In Germania ed anche in Inghilterra si ritiene invece che questo spostamento nel maggior numero dei casi non dia luogo ad alcun sintomo. Soltanto quando l'ovaio degenera, o si ammala, e specialmente se aumenta di volume, possono venirne in scena fenomeni di incarceramento, che richiedono l'ablazione delle ghiandole sessuali. Ma, se le ovaie non si ammalano di più, e dànno luogo a disturbi solo incidentalmente in seguito a certi spostamenti dell'utero, ad esempio durante la coabitazione, per conto mio ritengo che si debba andar molto cauti nell'adottare questa indicazione alla castrazione, tanto più in vista delle conseguenze inevitabili, anche quando l'atto operativo ebbe esito felice.

Le ovaie si trovano non di rado discese o prolassate. Di solito riesce facile respingerle in alto al disopra dell'utero. Se durante la coabitazione riescisse molesta la sensibiltà specifica dell'ovaio, analoga a quella del testicolo, si potrà tentare di ovviare a questo inconveniente mediante l'applicazione di un pessario vaginale. Spesso coesistono perimetrite e periovarite: guarendo queste, spesso scompaiono anche i sintomi da parte dell'ovaio spostato. Se le sofferenze assumono carattere parossistico, nè si possono calmare con alcun'altra terapia i disturbi generali o locali, riesce giustificata l'esportazione dell'ovaio.

---

(1) Perc. Pott, Chir. observ. London 1775. — Deneux. Sur la hernie de l'ovaire. Paris, 1813. — V. Oettinger, Petersburg. med Zeitschrift. 1868. — Wutzinger, Zur Lehre vom Bruchschnitt. Bayr. ärzt. Intelligenzbl. 1868. — R. Barnes, American Journal of obstetrics, 1883.

In questi casi molte volte la operazione si fa anche dagli americani attraverso al fornice posteriore. Però in vista appunto delle tanto frequenti perimetriti e peritoniti, io sconsiglierei di fare qui l'incisione, a meno che non sia chiaramente provata la possibilità di condurre a termine l'operazione per questa via, perchè non di rado nel corso di queste operazioni vaginali si presentano tante e sì gravi complicazioni, che solo un abilissimo operatore può superarle, e che possono anche imporre di procedere con tutta rapidità ad una laparotomia per arrestare l'emorragia e superare le altre complicazioni (1).

1. — Ematoma dell'ovaio.

È evidente che anche nelle ovaie, le quali si sentono congeste e fortemente iperemiche nel periodo mestruale, possono pure per la congestione mestrua avverarsi degli stravasi sanguigni, sia nei follicoli, sia nello stroma.

I singoli follicoli si distendono fino a raggiungere la grossezza di un pisello o di una nocciuola, e, confluendo molti di questi follicoli, possono anche formare un ampio focolaio emorragico. Di simili sacche sanguigne con parete del follicolo ancora benissimo conservata io ne ho vedute fino della grossezza di un pugno. La massa del sangue coagula, e può aversi riassorbimento e completa obliterazione della cisti, di cui non residua infine che una cicatrice pigmentata.

In altri casi il follicolo scoppia, e il sangue si versa nella cavità addominale, dando origine ad un ematocele. Ancora in altri casi il sangue resta inalterato a lungo, e si altera solo se interviene qualche accidentale influenza esterna a dare occasione alla decomposizione dello stravaso.

Più rari assai degli stravasi follicolari sono quelli nello stroma. Anche qui la disposizione all'emorragia è fornita da malattie generali, ma specialmente da processi puerperali.

Qualche cosa di consimile si è già dimostrato da tempo per lo scorbuto (2). Una apoplessia di questo genere fu dimostrata da B. S. Schultze (3) in un bambino nato in presentazione podalica. Il significato di questi stravasi è naturalmente in rapporto coll'estensione dell'apoplessia e della distruzione che ne risulta nello stroma ovarico. Se le echimosi e gli stravasi sono limitati, si riassorbono senza alcun inconveniente; se più

---

(1) G. Thomas, Amer. journal of the med. Society. April 1870. — Wm. Goodell, Trans. of the amer gyn. Society, 1877. 2 (questo autore ha raccolto i casi analoghi nella letteratura americana).

(2) Virchow, Die krankh. Geschwülste I, p. 145. — Olshausen, Krankh. der Ovarien, 1886, p. 18.

(3) Monatschrift f. Geburtskunde, 1858, XI, p. 170.

estesi, l'atrofia cicatriziale sussseguente al riassorbimento del sangue può dar luogo a distruzione dell'ovaio, nello stesso modo che la forma follicolare può produrre un analogo risultato per distruzione dei follicoli. Ambedue le forme del resto possono trovarsi associate, ed allora compromettono al più alto grado la funzionalità dell'ovaio.

La diagnosi di stravaso sanguigno nell'ovaio è appena possibile in vita, quando un ovaio, già riconosciuto sano in antecedenza, si trova di un tratto considerevolmente ingrossato, in rapporto colla mestruazione o con un trauma, che abbia favorito questa apoplessia. Se l'ingrossamento cede sotto una opportuna cura riassorbente, si dovrà pensare ad una apoplessia. Speciali difficoltà può incontrare la diagnosi, pel fatto che questa lesione, o non è che un epifenomeno di una grave malattia generale, oppure colpisce un organo che non si trova in perfetta normalità di rapporti cogli organi vicini, cosicchè per le pregresse peritoniti e perimetriti, per gli spostamenti, le aderenze, le pseudomembrane che occupano lo spazio del Douglas, viene tolta la possibilità di una differenziazione.

Se la raccolta scoppia, e si riversa nella cavità addominale, memori di quanto avviene per le gravidanze tubariche, non dovremo emettere una prognosi assolutamente infausta. Il potere assorbente del peritoneo può fare scomparire rapidamente anche uno stravaso voluminoso: anzi lo svuotamento della sacca sanguigna può essere considerato come una forma benigna di guarigione spontanea. La prognosi si fa veramente grave, solo quando lo stravaso è abbondantissimo e seguito da minacciosa anemia, oppure quando colla rottura del follicolo arrivano germi di decomposizione nella cavità addominale.

Qui, come nella rottura per gravidanza tubarica, si può pensare alla laparotomia: un tale intervento sarebbe ben giustificato. Solo il reperto del singolo caso (1) e le speciali condizioni della paziente suggeriranno se in una tale emorragia convenga esportare tutto l'ovaio, in cui avvenne la parziale distruzione emorragica, oppure, secondo il processo di Schröder, conservarne una parte (Vedi oltre al capitolo sulla resezione dell'ovaio).

2. — Infiammazione dell'ovaio.

Le infiammazioni dell'ovaio presentano marcate differenze, secondo che si tratta di ovarite acuta o cronica.

---

(1) Boivin et Dugès, Maladies de l'uterus, 1833, 2, p. 566. — Leopold, Archiv f. Gyn. XIII.

I. — Ovarite acuta.

La forma più frequente di infiammazione acuta la si trova come conseguenza di infezione settica, tanto nel puerperio che fuori di esso. Slavjansky (1) descrive l'ovarite acuta come una complicazione di diverse malattie generali e locali, come anche negli avvelenamenti per arsenico e fosforo, analogamente a quanto avviene in altri organi ghiandolari. Vi è pure un rapporto molto importante fra perimetrite, peritonite, e forme parenchimatose di ovarite.

L'ovarite acuta interstiziale è sempre da considerarsi come un grave processo infettivo. L'ovarite acuta settica per rapida disgregazione dei tessuti colpiti fa sì che l'ovaio si dissolve completamente in un ascesso, nella quale distruzione vanno compresi tanto i follicoli, che lo stroma. Visto l'estremo pericolo di vita che trae con sè un processo puerperale progredito fino a questo punto, sembra assai limitata la possibilità di una guarigione da questo stato: però si deve ammettere che anche qu espulse le parti malate e cicatrizzate quelle ove la distruzione fu incompleta, possa avvenire una guarigione, ma con distruzione completa dei follicoli.

L'ovaio si infiltra, si rigonfia, vi accadono lacerazioni vasali, mortificazione, fusione e distruzione completa. La parte, che tengono in questo processo i microrganismi, non è ancora ben nota.

Di solito questo processo non dà luogo nella puerpera malata ad un gruppo speciale di sintomi, e sarà sempre difficile distinguere se il dolore sia in rapporto coll'immancabile compartecipazione di tutto il peritoneo, o sia da riferirsi all'ovaio (2).

Allo stato odierno della terapia del puerperio morboso non si può indicare una terapia speciale. La prognosi è assolutamente infausta, perchè, dato pure che l'infelice donna sopravviva al processo, diventa poi completamente sterile per la distruzione del parenchima ovarico.

All'infuori del puerperio, l'esagerato o pervertito eccitamento sessuale, le infiammazioni della mucosa degli organi genitali, specie se unite ad infezione blenorragica (Nöggerath. Della gonorrea latente 1872), colle ripetute esacerbazioni fanno sì che l'irritazione e l'infiammazione si trasmettano anche all'ovaio, nel quale però non si ordisce una lesione profonda, se non lentamente, e come prodotto di parecchie recidive.

Anatomia patologica. — In relazione col modo di diffusione del male nella forma parenchimatosa, le prime parti colpite dell'ovaio sono gli strati più vicini alla superficie ed i follicoli che vi sono contenuti,

(1) Archiv f. Gyn. III.
(2) Kiwisch, Krankh. der Wochnerinnen I.

mentre nelle malattie infettive acute spesso i piccoli follicoli primordiali sono quelli che lasciano conoscere pei primi le tracce del male. Poi si intorbidano le cellule della membrana granulosa nei follicoli, e queste cellule assieme coll'uovo cadono in disfacimento, il liquor folliculi appare intorbidato e lattescente, la theca folliculi colle sue tonache e coi suoi vasi è fortemente iniettata, e presenta un'abbondante infiltrazione di piccoli elementi.

L'ovarite interstiziale è da ritenersi una semplice flogosi connettivale. Il tessuto connettivo è infiltrato da piccole cellule, i vasi fortemente congesti e circondati da imbibizione sierosa. Nel progresso dell'affezione possono formarsi piccoli focolai di suppurazione ed ascessi (1). Si capisce come l'infiammazione possa interessare anche i follicoli innicchiati nello stroma, e portare così ad una totale distruzione dell'ovaio. Se il processo morboso va verso la guarigione, ne risulta un raggrinzamento cicatriziale, che non di rado conduce pure a sua volta ad una atrofia completa dell'ovaio.

Anche in queste forme di ovarite acuta la *sintomatologia* è relativamente oscura. Possono aversi dolori vivissimi, stravasi sanguigni più o meno estesi, più raramente ascessi, che reagiscono poi anche sulle condizioni generali. Per lo più però sono la peritonite e la perimetrite che dominano il quadro morboso, nè vi ha un gruppo di sintomi che possa dirsi proprio della lesione ovarica. Gli ascessi ovarici si riducono, il contenuto si ispessisce, il tutto cicatrizza. Ha luogo in altri casi la perforazione, e il contenuto si riversa nella cavità addominale. Alcuni autori vogliono attribuire a questi ascessi una speciale disposizione ad aprirsi in vescica, sebbene non si sappia capire come possa esistere tale disposizione alla perforazione dal legamento largo fino in vescica.

Una *diagnosi* si può emettere solo quando nella peritonite o perimetrite si può dimostrare malato anche l'ovaio, trovandolo ingrossato, tumido, sensibile. In alcuni casi sarebbe stata diagnosticata la stessa formazione di ascessi: così è detto che il rapido aumento e la forte dolorabilità con viva reazione febbrile accennerebbero allo sviluppo di ascessi ovarici. A me non è riuscita questa distinzione, sicchè non credo opportuno basarvi dei suggerimenti terapeutici.

Terapia. — Nella cura dell'ovarite acuta bisogna limitarsi a togliere con energiche sottrazioni sanguigne l'irritazione flogistica, e a combattere i disturbi con una attiva antiflogosi e col riposo del corpo. Una cura diretta colla puntura sarebbe indicata, solo quando sia evidente la formazione di una cavità ascessuale accessibile. Per combattere sintomi minacciosi si è autorizzati anche nell'ovarite acuta ad una la-

(1) West, Diseases of Women. — Mosler, Monatschrift f. Geburtsk. XVI, p. 133. — Schröder, Trattato, VII ed., p. 306.

parotomia, seguita dalla rimozione di tutte le parti affette. La coesistenza di una peritonite non ha poi sull'esito di questa operazione una influenza così perniciosa come si potrebbe credere. Anzi, in apparenza per l'influsso della laparotomia, e probabilmente per l'applicazione di antisettici che l'accompagna, si nota di solito una rapida guarigione anche del processo di peritonite.

II. — Ovarite cronica.

Col titolo di *ovarite cronica* viene oggidì designato da un gran numero di autori quel processo, che è caratterizzato dalla degenerazione microcistica di follicoli con proliferazione e sclerosi dello stroma, inspessimento dell'albuginea, raggrinzamento ed atrofia del parenchima, ectasie vasali e piccole emorragie, e talvolta anche con formazione di piccoli ascessi. Però alcuni, e specialmente Hegar, sono ancora incerti se applicare il titolo di ovarite cronica a questo processo (1). Nagel (2) non ritiene che questo processo sia di natura infiammatoria. Egli ne vede la causa in un aumentato accumulo di liquido nel follicolo per sè normale. L'essenza dell'ovarite cronica egli la mette in un processo di flogosi interstiziale, che in via secondaria interessa i follicoli, e finisce col distruggerli.

Se prescindiamo dalla considerazione che questa degenerazione microcistica dei follicoli non di rado è appunto il prodotto di una flogosi localizzata, la designazione di queste lesioni come processo infiammatorio è pur sempre giustificata, sia per la frequente intercorrenza di reali processi flogistici in seno all'ovaio così alterato, sia per la grande frequenza con cui riscontrasi questa condizione dell'ovaio associata a infiammazioni dei tessuti vicini.

Etiologia. — Questa forma speciale si riscontra in condizioni assai varie; è piuttosto raro che sia il prodotto di una ovarite acuta. Non di rado in donne deboli, mal nutrite, la vediamo insorgere come conseguenza di un primo puerperio, da cui la paziente non si è mai rimessa completamente. Si trova allora uno stato di estrema floscezza di tutti gli organi pelvici con tendenza al prolasso, assieme con descensus dell'ovaio. In altri casi l'ovarite cronica sussegue ad un esagerato eccitamento sessuale, non tanto per lo smodato coito, quanto e piuttosto per sfoghi di venere pervertita. Così si spiega come tra i casi di ovarite cronica riportati nella letteratura molti si riferiscano a zitelle di una certa età, appartenenti alle più diverse classi sociali. Un gran contingente di queste malattie rappresenta le conseguenze delle affezioni ble-

(1) Operative Gynäkol. III, p. 368.
(2) Arch. f. Gyn. XXXI.

norragiche nella mucosa genitale. L'ovarite cronica si svolge in donne che hanno sofferto di catarri cronici a decorso subdolo, anche blenorragici, e nelle quali il catarro si estese alle tube, per diffondersi poi al peritoneo ed alle ovaie. Senza che sempre ne derivino manifestazioni violente, talvolta l'ovaio viene ad essere avviluppato negli essudati, o si trova di tanto ingrossato, che le masse di essudato riescono in suo confronto difficilmente avvertibili alla palpazione. Tilt (1) ritiene che l'ovarite cronica sia talora di origine sifilitiea, ed afferma che possa venire in scena negli esantemi acuti e nelle febbri reumatiche.

Duncan (2) ha visto presentarsi questo stato in seguito a soppressione dei mestrui ed a gonorrea, nonchè durante la convalescenza di aborti, e per atti operativi sulla cervice.

La frequenza osservata da Olshausen (3) (12:900) mi sembra assai inferiore alla realtà, a giudicare dalle mie statistiche policliniche e private.

Non sempre la malattia è bilaterale, anzi vi sono casi, nei quali l'ovaio d'un lato è prima colpito, e resta a luugo in questo stato, poi si ammala l'altro ovaio dopo guarito il primo, e per anni ed anni si alternano e si continuano dall'uno all'altro lato le recidive e gli stati irritativi. In altri casi il male è fin da principio bilaterale, differendo ai due lati solo per l'intensità. In altri casi ancora ho trovato per molti anni l'ovaio d'un lato relativamente sano, e l'altro profondamente alterato per ovarite cronica.

Nei limiti fra la pubertà e l'involuzione senile compiuta nessuna età può dirsi immune da questo male, e in vista di quanto già abbiamo detto si spiega come ne vengano colpite almeno in egual misura le nubili e le maritate.

Riguardo all'*anatomia patologica*, si osserva l'ovaio per lo più alquanto ingrossato, ma non molto, nè al di là di una palla da biliardo. La superficie è irregolare, l'albuginea inspessita per depositi membranosi; al disotto di essa si vedono tesi i follicoli o piccoli corpi cistici e piccoli nodi fibrosi, che formano come delle tuberosità. Alla sezione spiccano i piccoli follicoli cistici col loro contenuto per lo più torbido, qualche volta colloide o sanguigno. Fra di essi si trova tessuto connettivo in discreta quantità, qua e là disposto a nodi. I follicoli sono compressi, e in parte atrofizzati: i vasi appaiono ectasici. In altri punti sono notevolmente compressi da una forte infiltrazione cellulare nella rete dello stroma. Gli infossamenti cicatriziali dovuti ai follicoli già scoppiati si trovano in forma di cicatrici retratte e profonde, sicchè tutto

(1) Diseases of menstr. and ovarian infiamm. Londra, 1880.
(2) Duncan, Edinb med. Journal 1881, p. 193.
(3) Die Krankheiten der Ovarien, 1886.

l'organo assume aspetto irregolare, quasi lobato. Talvolta queste forme sono limitate ad una parte dell'ovaio, mentre l'altra presenta ancora del tessuto in apparenza normale, con follicoli funzionanti normalmente. L'ingombro nella circolazione dovuto a queste alterazioni si manifesta anche nelle tortuosità delle vene dilatate nel legamento largo. Caratteristica speciale di tutto questo complesso di alterazioni si è la tanto frequente sua associazione con fenomeni irritativi nel peritoneo contiguo, collo sviluppo cioè di una periovarite. Per questa si formano aderenze estese, che saldano agli organi vicini la superficie dell'ovaio spoglia del suo epitelio: oppure tutto l'ovaio viene a trovarsi coperto di membrane di considerevole spessore, che distruggono l'epitelio, e possono anche dar luogo a raggrinzamenti, non sempre estesi a tutto l'ovaio, ma più spiccati dove più accentuata è la retrazione delle membrane neoformate.

L'ovarite cronica per lo più per retrazione cicatriziale del connettivo infiltrato dà luogo a strozzamenti, atrofie, regressione dei piccoli follicoli cistici. In altri casi lo sviluppo delle forme cistiche non si arresta, e presto o tardi si passa ad una vera degenerazione cistica.

Non si può mettere in dubbio che l'ovarite cronica possa guarire, e l'ovaio ricuperare una struttura quasi normale. Scaturisce in modo positivo dalle mie osservazioni che una ovarite cronica bilaterale dopo lunga durata può infine andare incontro alla risoluzione ed alla guarigione, coronata anche dal concepimento. Si deve qui tener conto della conservazione o rinnovazione di follicoli ovarici normali, e della restituzione alla norma della superficie, senza cui non è possibile la deiscenza fisiologica ed il passaggio dell'uovo nella tuba. In altri casi la guarigione è compiuta solo dopo che i disturbi nutritivi procedenti dalle pseudomembrane hanno determinato una atrofia dell'ovaio, analoga all'involuzione senile. In questo modo si spiegano in non pochi casi le precoci involuzioni dei genitali e l'anticipata senescenza.

I *sintomi* dell'ovarite cronica sono assai variabili. Non di rado si limitano ad una sensazione dolorosa costante, uni o bilaterale, a seconda della sede del male, dolore profondo che dura senza interruzione e si esacerba per eventuali sforzi, pel coito, per le defecazioni stentate. In altri casi il dolore si appalesa in rapporto colla mestruazione: precede il principio dell'emorragia, e, specialmente se il flusso è molto abbondante, viene di molto alleviato senza però scomparire del tutto, per ricomparire in un tempo più o meno lungo dopo cessata la secrezione mestrua. Altre donne lamentano solo un senso di malessere, altre ancora un vivissimo dolore che va crescendo di settimana in settimana. Il dolore dal sacro si irradia alle cosce, impedisce ogni movimento, turba il sonno, e getta la paziente in uno stato di eccitazione nervosa, dalla quale originano poi affezioni nevralgiche d'ogni sorta, estese anche a territorî estranei alla sfera genitale. Ad un gruppo di queste sensazioni Hegar

ha apposto il nome opportunissimo di sintomi di irritazione lombare. Consistono in dolori, nausea, tendenza al vomito, inappetenza, dolori lancinanti alle gambe, disturbi nel mitto e nella defecazione. In altri casi spiccano i sintomi della così detta irritazione spinale: emicrania, nevralgie d'ordine vario, e, se il male dura a lungo, se è trascurato e la donna trovasi dal punto di vista psichico in un ambiente disadatto, si ordisce una profonda depressione morale, sicchè le malate offrono spiccato il quadro dell'isterismo, senza però raggiungere quel grado di esagerazione dei disturbi, che si trova in altre donne così dette isteriche. Questi disturbi nervosi e le nevrosi, che ne emanano, cogli accessi convulsivi nei territori più diversi, richiedono un controllo accurato ed uno studio assai profondo, perchè, mentre non di rado il quadro sintomatico resta oscuro, per substrato anatomico non sempre si trovano reperti costanti, nè per l'intensità, nè per il genere della lesione ovarica. E non si constata regolarmente un reperto di questo genere nemmeno quando i sintomi si direbbero verosimilmente in intima connessione con una malattia dell'ovaio, sia per l'aura che li precede, sia per la loro coincidenza colle funzioni ovariche, sia per la possibilità di provocarli con uno stimolo meccanico esterno portato sull'ovaio. Anzi, osservando a lungo questi casi di gravi nevrosi in rapporto coll'ovaio e colle sue funzioni, si viene alla deliberazione di estirpare coll'ovaio la sorgente del male, sebbene le alterazioni, che in esso si rivelano all'esame locale, sembrino di pochissima importanza.

L'influenza dell'ovarite cronica sulla mestruazione non è affatto costante: parecchie volte la mestruazione è profusa, in altri casi si fa scarsa. Il più costante dei sintomi è il ritorno di vivissimi dolori ad ogni mestruazione, che si esacerbano ad ogni fase ascendente del male, si mitigano sospendendosi il processo morboso, cosichè le donne hanno mestruazioni indolore per molto tempo, anche per anni, finchè una delle tanto frequenti recidive del male fa risorgere anche il dolore nella mestruazione (1).

Fra i sintomi distingueremo dunque quelli, che sono in diretto rapporto colla lesione, e sono per lo più uniformi e poco intensi, e quelli che insorgono periodicamente colla mestruazione, esacerbandosi in forma di accessi tipici. Sarà difficile discernere quanta parte dei sintomi sia da attribuirsi alla lesione propria dell'ovaio, e quanta alla frequente complicazione con una flogosi del peritoneo circostante. Una osservazione certo rara fu pubblicata da Löhlein (2), che, con un peritoneo affatto sano, vide un lieve ma costante movimento febbrile vespertino, che cessò solo colla esportazione delle ovaie alterate per ovarite cronica.

---

(1) Brennicke. Zur Aetiologie der Endom. fung. Archiv f. Gyn. XX. e Berl. kl. Wochenschr., 1884. — Vedi anche Czempin, Loc. cit.

(2) Società di Ost. e Ginec. di Berlino, maggio 1885.

Conosciuta l'eziologia del male, si capisce facilmente come l'affezione dell'ovaio non rimanga una malattia isolata, e non di rado assieme ad una periovarite si trovi anche una malattia della tuba corrispondente. Disponendosi la tuba così alterata a ridosso dell'ovaio colpito da ovarite cronica, ne insorgono gruppi sintomatologici complicati, che rendono tanto più difficile una differenziazione, inquanto che nel decorso del male può, anzi suole accadere una completa, intima aderenza e fusione dei due organi.

Non di rado insorgono improvvisi i segni di una suppurazione dell'ovaio, dando luogo a febbre, deperimento, dolori vivi. Dopo una lunga malattia potrà ancora aversi guarigione: in altri casi il pus si vuota all'esterno con formazione di fistole.

Quale sintoma speciale all' ovarite cronica fu descritta da Charcot una forma speciale di isterismo, cui fu dato il nome di *ovaria* (1). Le note proprie dell' isterismo, la contraddizione e moltiplicità dei sintomi dànno ragione alle obbiezioni di Schröder (discussione alla conferenza di L. Landau, Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. X., p. 113), che cioè si tratti di disturbi di conduzione cerebrale. La conduzione nervosa è ora rallentata e sospesa, ora esagerata. Il quadro magistralmente dipinto da Charcot è errato in un punto: non è cioè vero il nesso causale, che egli vuol stabilire colla malattia delle ovaie.

La diagnosi di ovarite cronica può basare soltanto su una attenta palpazione bimanuale. Non è ammissibile che per una semplice palpazione esterna dell'addome e specialmente di un ipocondrio si pretenda giungere a dimostrare una malattia dell'ovaio. Se anche aumentando la pressione si genera il quadro dell'*ovaria* di Charcot non ci illuderemo per questo, perchè si può escludere senz'altro la possibilità di raggiungere colla pressione esterna sul ventre un organo situato così profondamente nel bacino come l'ovaio. Soltanto con una accuratissima compressione bimanuale si può sperare di isolare l'utero e gli altri annessi dall'ovaio, còmpito che pure non di rado torna abbastanza difficile. Nell'isolare l'ovaio si possono trovare speciali difficoltà, se esso è aderente agli organi vicini, nel qual caso a stento si arriva a distinguerlo specialmente nei primi stadì quando è ancora involto in masse di essudato peritoneale. Quando poi l'essudato si riassorbe, si disegnano meglio i confini dei singoli organi, e si arriva a sentire più distinto l'ovaio. Quanto più lieve è l'affezione degli organi vicini e prevalente quella dell'ovaio, tanto meglio si potrà sperare di palpare e di isolare anche l'ovaio. Lo si sente allora quasi sempre ingrossato, a forma tondeggiante od elittica, consistente, e per lo più assai sensibile. Da esso si può chiaramente

(1) Vedi Landau, Soc. di Ost. e Gin. in Berlino, 12 Gennaio 1883. — Berl. kl. Wochenschr., 1883, N. 26.

distinguere la tuba, situata davanti e superiormente. Non di rado l'ovaio pare legato all'utero e addossato ad un suo margine, o sopra o sotto di esso. In altri casi l'organo così aumentato di volume giace profondamente nello spazio del Douglas, tanto che alcuni autori attribuirono tutto il male allo spostamento dell'ovaio.

Col progredire della regressione la massa dell'ovaio si fa sempre più dura. Vi si possono distinguere alcune parti cistiche, che spiccano nella massa dell'ovaio come vescichette tese fino alla grossezza di una nocciuola. Anche questo reperto, se fosse pure chiaramente rilevabile, non giustificherà la diagnosi di ovarite cronica se non col concorso dell'osservazione clinica.

La *prognosi* dell'ovarite cronica non è molto favorevole in quanto alla *restitutio ad integrum;* è migliore, se si considera solo la cessazione dei disturbi, a costo anche della sterilità e di una anticipata menopausa.

Nessun dubbio che, in condizioni favorevoli e con una cura opportuna, l'ovarite cronica possa subire una regressione completa. In altri casi i disturbi aumentano, tanto da rendere vana ogni terapia: allora la guarigione non si potrà ottenere che rimuovendo la sorgente del male, esportando cioè l'organo alterato dall'ovarite cronica.

La *terapia* dell'ovarite cronica consiste essenzialmente in copiose sottrazioni sanguigne, da parte dell'utero o dalle pareti addominali: nella eventuale applicazione di vescica di ghiaccio, nei rivulsivi cutanei in forma di senapismi e vescicanti, in energici derivativi intestinali, e nel curare convenientemente i catarri o le altre malattie dell'utero. Appena ceduti i fenomeni subacuti, si raccomandano le irrigazioni vaginali calde a 40^0, le irrigazioni rettali con acqua mano mano più fredda e in quantità sempre crescente, infine l'uso di preparati iodici, di cataplasmi di muffe ed eventualmente anche le frizioni con unguento cinereo.

Nello stadio regressivo saranno da raccomandarsi i bagni di Kreuznach, i fanghi di Franzensbad, le acque di Tölz e di Hall nell'alta Austria. Condizioni essenziali per la guarigione sono l'astinenza sessuale e una opportuna igiene generale. In principio si vieterà ogni sforzo, e solo mano mano si concederà il ritorno alle domestiche occupazioni. Dall'uso di rimedì interni, anche dai preparati iodici e di cloruro d'oro, io non ho visto conseguirne alcun risultato apprezzabile. Del resto la mia esperienza con quest'ultimo preparato è scarsa, perchè tutte le pazienti assoggettate a questa cura si lamentarono assai presto di disturbi gastrici, che resero impossibile il proseguire nella medicazione. Infine, se l'influenza sulle condizioni generali è profonda, non resta altro che l'estirpazione delle ovaie degenerate e rese per lo più inette alle loro funzioni per l'ovarite cronica.

L'operazione fu attuata su vasta scala pel primo da Hegar. An-

ch'io mi decisi presto ad accettare questa indicazione; più tardi, fra gli altri, anche Gusserow (1). L'operazione di solito è resa difficile dalle aderenze dell'ovaio. Non sempre si può esportare l'ovaio tutto in un pezzo. Se vi ha ascesso, si può cercare di aspirare il pus prima di isolare l'ovaio.

Accade tanto spesso di trovare contemporaneamente malate le due ovaie, che L. Tait ed altri raccomandano di esportarle sempre ambedue. Io faccio osservare che non di rado ho trovato un ovaio completamente sano o appena leggermente alterato, mentre l'altro era quasi distrutto da una ovarite cronica. Perciò è da raccomandarsi, in tutte le donne che sono ancora nell'età feconda, il tentativo di conservare, coll'ovaio apparentemente sano, l'ovulazione e la mestruazione.

Gli ematomi ovarici, come si disse, hanno per lo più una parete esilissima, sicchè si rompono assai facilmente al tentativo di isolarli. Lo stesso avviene cogli ascessi. La suppurazione del follicolo sembra avere clinicamente delle conseguenze meno gravi della suppurazione del connettivo interstiziale. Quelle suppurazioni contengono per lo più nel loro pus dei germi meno facili a svilupparsi che non queste, che distruggono l'ovaio cominciando dall'ilo, e che ricevono i loro germi dalle vie e spazî linfatici e dai vasi sanguigni del legamento largo (2).

Il numero complessivo delle mie operazioni per ovarite cronica ammonta a 233; di queste, 93 erano bilaterali, sicchè si dovettero rimuovere le due ovaie. Tutti i miei casi erano complicati da periovarite.

Se un segmento più o meno esteso di ovaio è intatto, questo residuo può mantenere una ovulazione ed una mestruazione normale. Per questi casi è giustificato il tentativo di escidere la parte malata e conservare la parte sana.

Più avanti parleremo della sorte delle donne, cui furono esportate le due ovaie.

Se nell'ovarite cronica si cerca un rimedio radicale nell'estirpazione delle ovaie, non si può evidentemente, per quanto abbiamo detto, accettare per questa operazione la denominazione di *ovariotomia normale* data dal Battey (3), perchè per questa indicazione non si portano via delle ovaie sane, e devo associarmi completamente ad Hegar (4), che mette come condizione per la castrazione nelle nevrosi e forme analoghe l'esistenza dimostrata di un processo morboso nell'ovaio. Questi casi, però, appunto per questo, non si possono comprendere nel capitolo della castrazione, ma appartengono a rigore all'ovariotomia.

---

(1) Charité Annalen, IX.
(2) Osservazioni di questo genere furono riferite da Schäffer alla Soc. di Ost. e Gin.
(3) Atlanta med. a. surgic. Journal, 1872.
(4) Hegar, Der Zusammenhang, ecc., 1885.

3. — Neoplasmi dell'ovaio.

Le neoformazioni dell'ovaio si devono distinguere a seconda dell'elemento anatomico, da cui pigliano origine (1).

Perciò si distingueranno:

I. I tumori del parenchima ovarico propriamente detto:

a) tumori dei follicoli, sul tipo dell'idrope del follicolo.

b) tumori delle ghiandole dell'ovaio, di cui è tipo il cistoma.

II. Tumori derivanti dallo sviluppo di residui embrionali, i tumori dermoidi.

III. Tumori derivanti dalla degenerazione del tessuto interstiziale, fibromi, carcinomi e sarcomi.

L'eziologia di questi neoplasmi non è ancora oggidì ben chiara. Per alcune forme, che interessano il follicolo, si può pensare ad un tumore da ritenzione. Pei veri tumori a cui l'ovaio è così straordinariamente disposto, l'eziologia appare tanto più dubbia, perchè i primi stadî della forma più frequente, la degenerazione cistica, si incontrano spesso già nei neonati o nei primi anni di vita; anzi è al giorno d'oggi quasi fuori di dubbio, che la formazione dei tumori nei suoi primi stadî coincide coll'epoca dello sviluppo dei tubi di Pflüger e dei follicoli, e che perciò essi in un certo senso possono considerarsi come congeniti. Si aggiunga che la sede primordiale degli organi genitali non permette di escludere una compartecipazione del foglietto esterno del blastoderma, e che per conseguenza possono figurare in questi tumori anche dei derivati di questo foglietto, che fisiologicamente non entrano nella formazione dell'ovaio, e perciò elementi della cute e parti anche del foglietto medio. Flaischlen ammette come verosimile che l'epitelio piatto e gli altri elementi dei dermoidi derivino dalle cellule ghiandolari dei tubi di Pflüger (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. VI., p. 127).

Waldeyer, e con lui Nagel, che recentemente studiò questo tema (Arch. f. Gyn. XXXI), crede che gli infossamenti epiteliali sì frequenti a trovarsi derivino da propagazioni dell'epitelio di rivestimento, che se ne isolano per processi infiammatorî. Scanzoni (2) avrebbe osservato i tumori ovarici, specialmente in donne che soffersero già di clorosi, e

(1) Röderer, De hydrope ovarii. Gottingen. 1762. — Hodgkin. med. chir. Trans XV. — Frerichs, Göttinger Studien. 1847, Abth. 1. — Virchow, Das Eierstockscolloid. Berlino. 1848. — Wiener med. Wochenschrift, 1856, p. 12. — Deutsche Klinik. 1859. p. 169. — E. Martin. De Eierstockwassersucht. Jena. 1852. — Backer Brown. On ovarian dropsy. Londra, 1872. — Spencer Wells, On ovarian and uterin tumors, London. 1882. — Peaslee, Ovarian tumors. New York, 1872. — Atlee, General and different. diagnos Philadelphia. 1873. — Gallez. Histoire des Kyst. de l'ovaire. Bruxelles. 1873. — Koberle, Maladies des ovaires in Dict. de med. et de chir. prat. — Olshausen e Schroder. L. c.

(2) Scanzoni, Beiträge zur Geb. u. Gyn. V.

ne avrebbero colpa l'amenorrea di queste clorotiche, coll'incompleta maturazione e mancata rottura del follicolo, circostanza questa che spiegherebbe al più l'idrope del follicolo di Graaf, ma non i cistomi.

Nelle ricche statistiche di Olshausen (l. c.) desunte dal materiale di Peaslee, Spencer Wells, Köberle e Clay, su 966 affette da tumori ovarici 32 avevano meno di 20 anni, 266 fra i 20 e i 30, 298 fra 30 e 40, 213 fra 40 e 50, e 157 al di là dei 50 anni.

I cistomi si trovano in ogni età, dalle bambine di 15 mesi fino alle vecchie di oltre 80 anni. Non è evidente una qualsiasi influenza da parte del commercio sessuale. Secondo Scanzoni, le forme bilaterali sono relativamente frequenti 49 : 50; ma certo ha ragione Schröder (l. c.) di osservare che i dati opposti degli ovariotomisti, che, come Spencer Wells, su 500 ovariotomie ebbero solo 25 volte ad esportare ambedue le ovaie, si possono conciliare con questo fatto anatomico, nel senso che sono frequenti i casi in cui l'altro ovaio non è perfettamente sano, e vi si trovano altre malattie e degenerazioni cistiche dei follicoli di Graaf, ma che la contemporanea degenerazione di ambo le ovaie in voluminosi cistomi, o l'insorgenza di un cistoma nel 2.° ovaio dopo l'estirpazione del primo non è affatto frequente: fatto questo confermato dalla considerazione che, anche nelle statistiche di Scanzoni, su 90 casi, in soli quattro si osservarono ad ambo i lati delle cisti grosse almeno quanto un uovo di gallina (Schröder pag. 370).

La classificazione dei tumori del parenchima ovarico si appoggia alle ricerche di Waldeyer (2) sui cistomi ovarici.

I. L'*idrope del follicolo* di solito non dà origine a tumori molto estesi. I sacchi idropici si spingono verso la superficie dell'ovaio, fanno forte sporgenza al disotto di essa, e possono, per la contemporanea idropisia di parecchi follicoli, dare origine anche a tumori ovarici composti. Questa idrope del follicolo è un tumore da ritenzione, che sorge per l'impossibilità alla naturale evacuazione del sacco idropico, per es. per ostacolata deiscenza dovuta alla presenza di membrane peritoneali, o all'aderenza di organi vicini. Secondo alcune osservazioni, anche un follicolo scoppiato, un corpo luteo, potrebbe dar origine ad una di queste cisti da ritenzione. Anche il precoce ed esagerato accumulo del *liquor folliculi* può portare all'idrope.

La parete dei tumori follicolari semplici, dei follicoli idropici, contiene abbondanti fasci connettivi intrecciati a reticolo, e porta all'interno un'epitelio basso, mentre all'esterno è tappezzata da prima dal normale epitelio ovarico, ma poi in seguito allo sviluppo in superficie per distensione del follicolo, viene a presentare un epitelio cilindrico basso. Attraverso a queste pareti scorrono numerosi e grossi vasi; non

(1) Waldeyer, Archiv. f. Gynäk. I.

vi si trovano vegetazioni o produzioni papillari, a meno che i follicoli non fossero degenerati cisticamente. In questi follicoli Rokitansky (l. c.) pel primo, e più tardi altri (1) videro l'ovulo ben conservato, o le tracce dell'ovulo degenerato.

Nagel (l. c.) considera questi casi, con ovulo conservato, come grossi follicoli, e ammette un'idrope solo quando l'uovo e l'epitello del follicolo andarono distrutti (2).

L'idrope del follicolo di Graaf raggiunge di rado un considerevole volume. Per lo più costituisce un tumore della grossezza di un pugno, ma ne fu osservato qualcuno grosso quanto una testa d'adulto. Si distinguono questi tumori perchè sono in origine tutti uniloculari. Il loro contenuto è puramente sieroso, ed ha poca tendenza ad aumentare. Non contiene che poca albumina, e niente paralbumina. Questa idrope una volta svuotata ha disposizione a regredire spontaneamente, con guarigione del tumore.

II. I cistomi dell'ovaio sono da considerarsi come adenomi, con spiccato carattere epiteliale. Si sviluppano dalla sostanza ghiandolare, e cioè in parte dallo stroma connettivale, in parte dall'epitelio ghiandolare. A quale epoca della vita avvenga questa trasformazione, non si può dire con certezza; probabilmente nei primi anni di vita. Le cisti si formano per fusione al centro dei tubi ghiandolari, mentre per gli infossamenti nella parete tappezzati da epitelio si generano le cisti figlie. Processi di questa natura si possono svolgere in modo isolato: possono in uno stesso ovaio svilupparsi l'uno vicino all'altro parecchi focolai. Per aumento del contenuto e della pressione le pareti cistiche possono cedere e rompersi, e confluire gli spazi cistici che si trovano addossati, finchè ne risulta un unico grande sacco uniloculare. Secondo Waldeyer, i cistomi uniloculari originerebbero sempre in questo modo, e le tracce spesso appena accennate di disposizione trabecolare sulla parete di queste grosse cisti accennano appunto a tale modo di origine. Le cisti poi, sviluppandosi maggiormente verso la superficie dell'ovaio, possono rompersi e riversare il contenuto nella cavità addominale. La cisti può obliterarsi anche se per nuova formazione cistica ha continuato a crescere per un po' di tempo.

Le cisti nel loro ulteriore sviluppo possono trasformarsi in due modi ben diversi. Se gli infossamenti ghiandolari penetrano sempre più nella parete, si ha il *cistoma ghiandolare proliferante*. Se il connettivo prolifera, e si spinge verso l'interno delle cisti o verso l'esterno in forma di anse di connettivo rivestite di epitelio, si ha il *cistoma papillare proliferante*. Quest'ultimo, avendo per substrato una neopro-

(1) Webb e Ritchie. Contrib to ass. the study of ovar. physiol. and pathol. Londra, 1865.
(2) Schottländer, Soc. di Ost. e Gin., 13 Maggio, 1892. — Zeitschr. f. Geb. Gyn, XXIV.

duzione connettivale, è naturalmente assai più consistente. Le vegetazioni connettivali sporgono verso la superficie interna in forma mammellonare, e possono trovarsi a grande distanza l'una dall'altra, mentre in altri casi sono stipate l'una contro l'altra e formano riunendosi dei tumori papilliformi, che possono invadere tutta l'interna cavità della cisti.

I papillomi, al pari degli altri tumori ovarici cistici, hanno una tendenza spiccata alle degenerazioni maligne.

Le due forme di cistoma possono trovarsi combinate; ne originano quelle forme miste di tumori ovarici, che spesso sono di quasi impossibile interpretazione (1).

La varietà nel volume e nella consistenza di questi tumori costituisce una delle loro caratteristiche più spiccate. Per lo più si sviluppano liberamente nella cavità addominale. La direzione del loro sviluppo dipende dalla configurazione del legamento largo (2). La loro base resta sempre nel legamento largo, e appunto in questo posto, essi offrono una grande variabilità di struttura. È raro che nei tumori più voluminosi il legamento largo resti inalterato, prescindendo dall'aumento nei vasi che vi decorrono. Per lo più il legamento largo assieme al legamento utero-ovarico, e di solito anche la tuba, seguono il tumore nel suo sviluppo in superficie. Può darsi che la base sola serva come punto di inserzione del tumore al legamento largo, ma di solito il legamento viene fortemente teso. Quando l'ovaio alla sua base si sviluppa fra i foglietti del legamento largo, può non di rado per distensione di questi due foglietti venire a trovarsi sotto alla tuba. La tuba stessa più volte prende parte all'aumento di volume dell'ovaio, si accresce assai in lunghezza, le sue fimbrie vengono a perdersi sulla superficie del tumore. Abbiamo già visto come possano svilupparsi aderenze tali, che la tuba e l'ovaio formino un sol corpo, *tumore tubo-ovarico*, o che confluiscano il lume della tuba e quello del cistoma, la così detta *tuba ovarica* (3). Per queste cisti tubo-ovariche può stabilirsi una comunicazione permanente tra la cavità del cistoma, la tuba e la cavità uterina, cosicchè di tempo in tempo il contenuto ovarico attraverso la tuba si riversa all'esterno. In altri casi si trovano nel peduncolo due pieghe nettamente distinte che vanno verso l'utero; l'una è formata dalla tuba, l'altra dal legamento utero-ovarico, e lateralmente ad esse si spicca il legamento infundibolo-

---

(1) Friedländer, Beiträge zur Anatomie der Cystovarien, Diss. inaug. Strassburg, 1876. — Marchand, Beiträge zur Kenntniss der Ovarientumoren. Halle, 1879. — Coblenz, Virchow's Archiv. LXXXII e LXXXIV, e Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. VII. — Flaischlen, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. VI e VII. — Rokitansky, Trattato III, p. 48.

(2) A. W. Freund, Loc. cit. — Vedi anche Salin, Centr. f. Gyn., 1891, p. 711.

(3) Blasius, De hydrope profluente, Halle, 1834. — Per notizie sulla letteratura vedi Burnier. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. V, p. 357, e VI, p. 87.

pelvico, che, fortemente disteso, viene a formare un nastro a bordi salienti. Lo sviluppo in lunghezza di questo peduncolo oscilla notevolmente; può assumere proporzioni straordinarie, mentre altre volte lo sviluppo si fa più in grossezza: oppure subisce le più svariate modificazioni per aderenze della superficie del tumore con altri organi o per torsione del peduncolo, sul che dovrò tornare più tardi (1).

Di solito i tumori semplici portano grossi vasi, branche dell'arteria utero-ovarica, che entrano nel tumore per la base dell'ovaio.

I tumori godono, per l'estensione relativamente limitata della loro base, di una grande mobilità nella cavità addominale, specialmente nei loro rapporti cogli organi situati superiormente.

Le pareti del tumore risultano di strati connettivali più o meno spessi che contengono vasi, variabili assai per numero e per sviluppo. L'interna superficie dei cistomi ghiandolari è coperta di epitelio cilindrico basso ad un solo strato: all'esterno la parete del tumore porta un delicato epitelio cubico, là dove la massa non è ricoperta dal peritoneo o da pseudomembrane. In qneste pareti si diffondono numerose introflessioni ghiandolari, che ne aumentano la superficie, e contribuiscono assai a riempire la grande cavità. Nei tumori papillari dalla superficie interna fanno sporgenza delle villosità, che eventualmente sono rivestite d'epitelio a ciglia vibratili, e che hanno uno stroma connettivale assai vascolarizzato. Nel loro sviluppo dentritico possono giungere ad occupare tutta l'interna cavità.

Possono pure queste papille, al pari delle estremità terminali delle ghiandole atteggiate a vescicola, svilupparsi sotto la superficie esterna del tumore, formandovi dei bernoccoli e delle rivelatezze, delle vegetazioni e delle nodosità di aspetto svariatissimo.

Il contenuto dei cistomi è estremamente variabile. Talvolta ascende a poochi grammi di liquido, talvolta a molti litri: io stesso in un caso, ho estratto tanto liquido da riempirne tre grandi secchi. Questo contenuto è per lo più fluido, schiumoso, ha una speciale consistenza colloidea, macchia la biancheria, la indurisce, è trasparente, di gusto neutro, scipito, di piccolo peso specifico, di colorito verde-giallastro con gradazioni verso l'uno o l'altro colore, dipendenti dalle miscele specialmente con sangue: in questa massa trovansi accumulati abbondanti epiteli degenerati; il liquido può essere torbido per copiosi coaguli che formano una nubecola, o che, precipitando, si depongono sulle pareti, o si accumulano sul fondo del vaso dopo l'estrazione, Il peso specifico oscilla tra 1010 e 1025; le parti solide fra 50 e 100 $^0/_{00}$. Le più esatte indagini sulla composizione di questo liquido provengono da Eichwald, le cui cifre oggidì sono ancora ritenute valide per tutti questi casi (2).

(1) Werth. Archiv. f. Gyn. XV. p. 412.
(2) Eichwald, Colloidentartung der Eierstöcke. Würzb. med. Zeitschr., 1864, V, p. 270.

Fra i componenti del liquido, un tempo, e specialmente da Spiegelberg (1), si assegnava una grande importanza ad uno speciale corpo albuminoide, battezzato per paralbumina. Questa paralbumina passa in peptone di albumina, e in questa trasformazione perde la proprietà di coagulare al calore. Mano mano va poi perduta la possibilità della precipitazione con acidi minerali, ed allora si svolge della metalbumina e del peptone di albumina. Col consiglio e coll'aiuto di R. Biedermann io ho sottoposto a minuzioso esame una grande quantità di liquidi di indubbia provenienza ovarica, e al pari degli altri io ho dovuto convincermi essere tanto poco costanti le singole forme di albumina, da non poter fornire un risultato pratico, che possa servire per la diagnosi. Già lo stesso Spiegelberg ha osservato (2) che talvolta manca la paralbumina, ed egli avrebbe trovato nella mancanza di paralbumina nel liquido un segno di metamorfosi regressiva iniziale nel tumore ovarico. Anche qui le mie ricerche chimiche hanno dato solo risultati negativi cosicchè non posso ammettere come sicura tutta la prova della paralbumina.

Al microscopio nel liquido ovarico si trovano masse di epitelio talvolta degenerate adiposamente, in via di decomposizione o con degenerazione colloide: oltre a questo, abbondante detrito, cellule granulose, globuli di sangue, granulazioni di pigmento, come residui di pregresse emorragie nella cisti: vi si trova anche della colesterina nella nota forma di tavolette romboidali (3).

Il liquido si deve considerare come prodotto delle ghiandole dei cistomi. Aumentando rapidamente la superficie secernente, la cavità si riempie sotto una pressione continua e sempre più grande, che è poi causa dell'usura delle tramezze tra cisti e cisti, nonchè della rottura dei singoli follicoli, che possono anche evacuarsi attraverso il rivestimento esterno. Ne consegue che si vede a diverso intervallo riapparire la secrezione, e può d'altra parte aversene anche l'arresto.

In quanto alla storia embriogenetica dei cistomi, bisogna premettere che il maggior numero di essi va considerato come congenito. Solo eccezionalmente si potrebbero constatare in età più avanzata i primi stadii di sviluppo della degenerazione cistomatosa dell'ovaio. Nel maggior numero dei casi i tumori, dopo aver occupato lo scavo, crescono fuori di esso. Questa via viene loro imposta nell'ulteriore sviluppo dalla con-

(1) Arch. f. Gyn., I, p. 64.

(2) L. c. Vedi anche Pfannenstiel, Arch. f. Gyn. XXXVIII, p. 407.

(3) Fontenelle, Analyse de quelques substances contenues dans les ovaires. Arch. Gén. de méd., 1824, XV. — Méhu, ibid., 1850, XIX. — Atlee, Diagnos, of ovar. tumours. — Spencer Wells, Loc. c. — Waldeyer, Arch. f. Gyn. I, p. 266. — Spiegelberg, Monatsschr. f. Geb. p. 34; Arch. f. Gyn. III, p. 271; Conferenze Volkmann, N. 55. — Huppert, Ueber den Nachweis der Paralbuminurie. Prager med. Wochenschr., 1876, p. 17. — Foulis, Edinb. med. Journal, 1875, p. 169. — Knowsley Thornton, Med. Times and Gaz., aprile 1875 e maggio, 1876.

formazione stessa del bacino, che si apre in alto ad imbuto. Solo nello sviluppo congenito intralegamentoso della base del tumore si vede questo svilupparsi tanto nella direzione della cavità addominale, quanto sotto i foglietti del legamento largo (1). I tumori poi, sollevando il peritoneo, possono riempire tutta l'escavazione, e svolgersi specialmente sotto all'intestino cieco come vidi accadere con relativa frequenza. Possono anche svilupparsi dall 'altra parte, sotto la breve base della S iliaca.

Solo in rarissimi casi i tumori si sviluppano verso l'avanti, e riescono in vicinanza alla vescica: fu anche osservato sviluppo fra il retto e la vagina, come in un caso di Olshausen. Sono pochi i tumori che hanno nello stesso tempo sviluppo intralegamentoso, e libero nella cavità dell'addome. Su questi si vede l'inserzione peritoneale comportarsi come una cravatta, e in due casi da me osservati, sul tumore superante per volume una testa d'adulto , si trovava un evidente strozzamento nel punto dove esso emergeva dal rivestimento peritoneale.

Nel loro sviluppo verso la cavità addominale naturalmente i tumori vengono a contatto con tutti gli organi, che vi hanno sede: possono restare perfettamente liberi vicino ad essi, e durare così a lungo senza contrarre aderenze. Però non pare che questi tumori liberi costituiscano la maggioranza: stando almeno alle mie osservazioni, i casi in cui il tumore non ha alcuna aderenza cogli organi vicini sono più scarsi di quelli in cui esistono le aderenze più varie ed estese.

Queste aderenze si sviluppano fra la superficie del tumore ed il peritoneo parietale, ma ancor più spesso col foglietto viscerale, sia colla sierosa dell'intestino, sia con quella del mesenterio. Talvolta si tratta di semplice coalito insorto per la scomparsa dello strato liquido, che si interponeva alle due superfici: talvolta avvenne una vera riunione intima delle superfici opposte per processo infiammatorio. Innumerevoli vasi, di calibro spesso straordinario, scorrono fra il tumore e la parte aderente, e per loro mezzo può continuare la nutrizione del tumore, se viene interrotta eventualmente la circolazione nel peduncolo (Hofmeier) (2).

Proseguendo il tumore nel suo sviluppo, può contrarre aderenze anche col fegato e con qualunque altro organo della cavità addominale per quanto lontano: e queste aderenze possono acquistare tanta compattezza da rendere difficile la delimitazione anche alla tavola anatomica. Infine le aderenze possono estendersi a tutta la superficie del tumore, che viene a trovarsi in intima connessione vasale con quasi tutti gli organi del cavo addominale.

Mentre la superficie subisce queste modificazioni, la massa del tu-

---

(1) Freund, Berlin. klin. Wochenschr., 1878, N. 28. — Kaltenbach. Zeitschrift f. Frauenkrankheiten, 1876, p. 537. — H. W. Freund. Confer. Volkmann, N. 361. — Küstner, Centr. f. Gyn. 1891, p. 209.

(2) Hofmeier, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. V.

more non rimane inalterata (1). Fra le trasformazioni, cui va incontro, non si notano soltanto i cambiamenti nel liquido contenuto, cui già abbiamo accennato.

Non di rado si avvera una emorragia nella cisti: il sangue si versa in qualche piccola cavità isolata, ma può anche riempire completamente una cisti voluminosissima. Queste emorragie spesso insorgono per le più lievi scosse del tronco, che dànno luogo a soluzioni di continuo, o per corrosione dei vasi durante la distruzione dei setti interloculari, od anche per ferite dirette, per punture, ecc. Uno stravaso di questo genere dà luogo a tutti i sintomi dell'emorragia interna e della più minacciosa anemia: può anche esser punto di partenza di una rapida decomposizione del contenuto, che porta alla tomba la donna, se è sopravissuta alle immediate conseguenze dell'anemia. Il contenuto del tumore modificato o no, può per rottura riversarsi all'esterno, cioè nel cavo peritoneale o in qualche organo cavo che contrasse aderenze col tumore. Se la cisti è uni o parviloculare, la rottura può essere seguita da una specie di guarigione, perchè il liquido riversato per lo più vien riassorbito con estrema rapidità dal peritoneo.

In un caso di mia conoscenza, avvenuta la rottura a tarda sera, il riassorbimento era quasi completo al mattino: insorse allora premito vescicale intenso ed incessante, e la paziente emise di seguito parecchi vasi di una urina assai chiara e di poco odore, che purtroppo non venne assoggettata ad esame.

Un'altra andò incontro 4 volte alla rottura a lunghi intervalli. Dopo un fugace senso di sollievo si aveva forte vomito e diarrea, che indebolivano in grado estremo la paziente: poi il tumore si trovava ridotto. La stessa scena si riproduceva dopo intervalli irregolari di euforia. Il tumore si era fatto carcinomatoso: aveva per certa estensione uno sviluppo intralegamentoso, nel resto era mobile, mancando le sospettate aderenze collo stomaco o coll'intestino.

La paziente guarì coll'ovariotomia.

È evidente che il riassorbimento non può sempre essere nè così immediato, nè così completo, anzi può arrestarsi del tutto, e allora le pazienti soccombono coi segni di collasso per l'impossibilità di riassorbire tutto questo liquido. È naturale che queste rotture possano interessare anche dei vasi, e col contenuto cistico riversarsi nel cavo addominale anche del sangue. I residui della cisti si retraggono, si raggrinzano, e subiscono una involuzione. Nel caso succitato io constatai la massa cistica sul fondo dello spazio del Douglas, ove formava un inspessimento poco consistente. In altri casi, specialmente se la rottura non ha permesso una evacuazione completa della sacca, questa può riempirsi di nuovo, e il tumore riacquista così in breve il primitivo volume.

---

(1) Schröder, Trattato, VII ed., 390. — Hegar e Kaltenbach, Operat. Gynäkologe. III ed, p. 237. — Olshausen, Centralbl. f. Gyn. 1884. N. 43.

Le cisti scoppiate e situate alla superficie del tumore vengono compresse ed anche estroflesse per la compressione esercitata dalle cisti situate più profondamente. Questo ha luogo specialmente nel cistoma papillare proliferante: in esso le pareti estroflesse formano delle rilevatezze voluminose, che emergono in forma fungosa sul livello della residua superficie del tumore. Sono appunto queste fungosità, che sembra abbiano la più spiccata disposizione all'infezione del peritoneo, quantunque per sè non contraggano che assai raramente una aderenza con quelle parti di peritoneo, con cui vengono a contatto (Marchand).

Una parte essenziale nelle modificazioni dei tumori ovarici la ha naturalmente il peduncolo. Per lo stiramento che subisce nel senso della lunghezza, esso è infatti disposto ad una torsione sul suo asse longitudinale (1). L'ipotesi di Freund (2), che sia necessaria una aderenza alla periferia, perchè il tumore sospeso pei suoi due poli possa ruotare su di sè, fu da me subito impugnata. Il tumore può essere completamente libero e assicurato solo al suo peduncolo.

Il peduncolo è sovente lungo tanto da permettere una torsione molteplice: il suo modo di impianto e la sua larghezza non inceppano che assai scarsamente la mobilità del tumore, e così avviene che il peduncolo si possa torcere sul suo asse longitudinale in seguito ad una scossa, ai moti della paziente, agli esagerati movimenti peristaltici, ma specialmente in seguito ad una energica palpazione del ventre. Non sempre, ma abbastanza di spesso, le conseguenze di questa torsione sono piuttosto gravi.

Talvolta queste torsioni, anche se molteplici, vengono tollerate senza dannoso effetto: in rarissimi casi l'attorcigliamento ha per conseguenza una infiammazione demarcante nel punto di torsione, il peduncolo si rompe, il tumore si stacca in modo più o meno completo, e viene a trovarsi libero nel cavo addominale. Se questo processo si svolge lentamente senza fenomeni tumultuarî, il tumore resta essenzialmente immutato, tanto più se trova per la sua ulteriore nutrizione un apparato vascolare sufficiente nelle aderenze della sua superficie cogli organi vicini. Assai più comune in seguito alla torsione assile è la rapida gangrena, con effetti immediatamente gravissimi e generalizzati.

Più sovente che non un distacco completo si vedono le torsioni del peduncolo determinare obliterazione dei vasi, e quindi gangrena del tumore. A tutta prima pel fatto della torsione si determinano nel tumore delle emorragie: il contenuto, aumentato dal sangue versato, si altera, si scompone, sebbene sia oscura l'origine ed il modo di penetrazione dei germi di decomposizione: le pareti si lacerano, le cisti river-

(1) Werth, Archiv f. Gyn. XV.
(2) Congresso di Cassel, 1878. — Centr. f. Gyn., 1878, p. 473.

sano il loro contenuto nel cavo peritoneale. Le infelici pazienti soccombono allora all'anemia o ad una peritonite diffusa con decorso più o meno rapido (1).

Possono anche indipendentemente dalla torsione determinarsi, sebbene raramente, dei processi flogistici nella cisti, d'onde suppurazione e totale decomposizione (2).

Sullo sviluppo delle cisti tubo-ovariche abbiamo già sopra dati i dettagli (3).

La tendenza tanto marcata dei tumori ovarici ad aumentare di volume si spegne talvolta da sè. I tumori possono subire allora un processo regressivo. E in questi casi il tumore, non solo cessa di ingrossare, ma presenta anche essenziali mutamenti nel suo contenuto, la cui parte liquida si isola dalla solida, che si deposita a strati all'interna superficie. Le cisti così arrestate nel loro sviluppo possono anche impicciolire per riassorbimento parziale del contenuto. Un'altra forma di metamorfosi regressiva è quella, che porta alla degenerazione grassa del cistoma. Le cellule epiteliali degenerano e si rigenerano in modo incompleto, gli epiteli staccati si mortificano e si disciolgono. Lo stesso processo ha luogo negli strati connettivali delle pareti sotto l'influenza di altre lesioni che ne disturbano la nutrizione, e specialmente per il continuo aumento del contenuto.

La calcificazione è un fatto raro nei cistomi.

Già si è detto che il cistoma, vi esistano o no le vegetazioni papillari, può modificarsi in un carcinoma. Una percentuale abbastanza ragguardevole di cistomi ovarici subisce la trasformazione in cancro, per lo più in modo primario, qualche volta in seguito ad affezione carcinomatosa in altri organi (4). L'eziologia di questo passaggio è ancora ignota; in ogni modo la gravidanza non vi ha quell'influenza che altri vollero affermare. La degenerazione cancerosa di solito fa rapidissimi progressi, invade il peritoneo, l'intestino, il mesenterio, ed è così causa di esito letale prima ancora di determinare il disfacimento del tumore (5).

I *sintomi* dei tumori ovarici sono estremamente incostanti fino ad un certo grado di sviluppo del tumore. Molte volte la donna ne avverte l'esistenza solo quando la circonferenza aumentata desta il sospetto di

---

(1) Vedi i miei casi in Lehmann, Congresso di Halle, 1892.

(2) Schröder, Trattato, ed. VII, p. 391.

(3) Blasius, L. c. — Richard, Bull. gén. de thérap., 1857; lo stesso, Mém. de la Soc de chir. 1853, III. — Labbé, Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1857. — Henning, Monatsschr. f. Geb. vol. 28, p. 128. — Sp. Wells, L. c., p. 45. — Burnier, L. c. — Runge e Thoma, Arch. f. Gyn, 28, p. 72.

(4) Cohn, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XII. — Leopold, Deutsche med. Wochenschr. 1887 num. 4.

(5) Köberle, Gaz. hébdom, 1886, 13 luglio. — A. Martin. Berl. klin. Wochenschr. 1887, num. 12.

una gravidanza e dà occasione ad un esame per constatarla. Oppure la scoperta è affatto accidentale, senza motivo alcuno.

E più volte accade che il tumore non abbia mai arrecato alcun disturbo, ed anche ora che la cavità addominale ne è quasi riempiuta, molte non sanno dare notizia di molestie ben definite causate loro dal tumore ovarico. Altre già da tempo accusavano un senso di tensione, di malessere, di ripienezza. Spesso i disturbi da parte della vescica e del retto, che furono occasione a molteplici cure, scompaiono quasi di botto: il tumore ha allora appunto abbandonato lo scavo per risalire nel cavo addominale, e qui ha tutto lo spazio per estendersi. In altri casi ancora i cistomi sono accompagnati fin dal principio del loro sviluppo da fenomeni assai vivi, che si fanno intercorrentemente tumultuosi; si determinano assai di buon'ora dei dolori irradianti al lato corrispondente, vivissima sensibilità alla pressione nelle sovrapposte pareti addominali, e così via; e se anche questi sintomi si mitigano nell'ulteriore sviluppo, la calma è di brevissima durata, finchè, avviatosi in modo rapido l'aumento di volume, si fanno marcatissimi i disturbi di pressione e di ripienezza dell'addome.

Quando sono ammalati gli annessi, si vede assai sovente coinvolto nel male anche l'utero; così più d'una volta le alterazioni dell'ovaio sono accompagnate dai sintomi di endometrite e metrite cronica.

Fra gli altri sintomi noteremo le mestruazioni a tutta prima profuse, sebbene indolore (1). Relativamente rara è la soppressione delle mestruazioni nei cistomi; le malate o erano tisiche, o soccombettero rapidamente a profonda cachessia.

I casi di mestruazione profusa presentano abbondanza di secrezioni nel periodo intermenstruo, sicchè le molestie accusate dalla paziente parrebbero dovute ad una intensa endometrite. Le mestruazioni, che, come si disse, di solito non sono dolorose, possono accompagnarsi a dolori in casi eccezionali, quando si avveri una specie di incarceramento dell'utero per opera del tumore cresciuto di volume. La pressione sulla vescica è causa di tenesmo vescicale, ma qui bisogna, come in gravidanza, tener conto della facilità di adattamento della vescica, che anche in casi di tumori voluminosi può trovar posto a distendersi verso l'uno o l'altro lato, senza che ne soffra seriamente la sua funzione. Solo nei tumori assai voluminosi, quando tutto il contenuto della cavità addominale subisce la compressione, può stabilirsi l'emissione involontaria dell'urina, sintomo che acquista una importanza capitale.

Quasi sempre l'intestino risente della malattia dell'ovaio; si genera un molesto torpore intestinale, che assieme alla trasposizione della massa intestinale concorre a turbare il processo digestivo e la nutrizione.

(1) Czempin. L. c.

È un fatto conosciuto il dimagramento, che subiscono le donne affette da tumori ovarici, e specialmente quell'alterazione dei tratti del viso che giustifica la denominazione di *facies ovarica*. Non è ancora ben stabilito se questo dimagramento si debba spiegare come una conseguenza dell'assorbimento per parte del tumore dei copiosi materiali nutritizî sottratti così al resto del corpo, o come un effetto degli ostinati disturbi della digestione. Il dimagramento contrasta in modo strano coll'aumentato volume del ventre, alla cui superficie si vedono i noti intrecci venosi, mentre per azione del tumore si producono edemi alle gambe, cardiopalmo e i segni tutti di una cachessia generale.

Di solito i disturbi più gravi sono provocati dalle alterazioni nella superficie del tumore o nel suo contenuto. Per le aderenze della superficie può venire seriamente ostacolata la funzione delle parti interessate, può riescire estremamente penoso ogni movimento, anche il mutar di fianco nel letto, se il tumore ha contratto aderenze colla parete addominale. Ne derivano gravissimi disturbi intestinali, dolori colici, meteorismo, flatulenza, spesso anche vomito nei casi di aderenze intestinali; mentre si hanno ostinati dolori peritoneali, disturbi del respiro e nel circolo, se il tumore spinge in alto il diaframma.

Non di rado gli accennati fenomeni procedono gradatamente nel loro sviluppo e nella loro influenza sulle condizioni generali: solo il sopraggiungere di fenomeni acuti richiama l'attenzione della paziente e di chi la circonda sul male, o ne lascia intravedere tutta la portata. Questi disturbi intercorrenti si presentano specialmente per stati irritativi del peritoneo, come quelli che precedono la formazione di aderenze e che offrono il noto quadro della peritonite.

Le rotture si manifestano per l'acuta insorgenza di collasso, che non sempre assume una forma veramente minacciosa. Emorragie, suppurazione e decomposizione del contenuto dànno luogo, come è naturale, ad anemia tale da impensierire, a febbre etica ed a deperimento rapido delle forze. Il decorso delle malattie ovariche è spesso di una lentezza straordinaria, fino a parecchi anni. Si osservano poi invece dei casi, in cui l'accrescimento è rapidissimo, con speciale influenza sugli organi del circolo e del respiro. In casi di sviluppo lento, una improvvisa acutizzazione coincide con trasformazioni avvenute nel tumore, o col passaggio dalla forma fino allora benigna, ad una maligna.

Prescindendo dalle oscillazioni nella salute della paziente, dovute alle indicate modificazioni, non si può disconoscere che anche il più semplice cistoma ovarico può portare a morte la paziente. Questa o soccombe lentamente per cachessia, o rapidamente per intercorrenti disturbi, trombosi, gangrena, decubito.

L'influenza del neoplasma ovarico sulla vita genitale della donna è affatto incostante; sebbene molte volte collo sviluppo del cistoma si

accompagni la sterilità, in altri casi non ne viene ostacolato il concepimento. Più d'una volta all'esportazione di un ovaio cistomatoso ho visto susseguire una gravidanza, purchè fosse conservato sano l'altro ovaio. In uno dei miei casi la gravidanza si avverò dopo che io coll'esportazione di un cistoma avevo praticato sull'altro ovaio la puntura di un follicolo idropico, grosso quasi una noce (per la resezione con conservazione di una parte del tessuto ovarico, vedi oltre).

Finchè i cistomi ovarici sono piccoli, nè sono incarcerati nel piccolo bacino, è certo che la gravidanza può svolgersi tranquillamente di fianco al tumore ovarico; ed aversi anche un puerperio normale. Solo allorquando il tumore pel suo volume ostacola l'espansione dell'utero negli ultimi tempi di gravidanza, e diventa causa di eccessiva distensione dell'addome con pericoli per la paziente, o quando, incarcerato nello scavo, oppone un ostacolo all'espulsione del feto, o quando infine nel suo interno si verificano perniciose trasformazioni, solo allora acquista gravezza la complicazione della gravidanza col tumore ovarico. Questi tumori pare crescano per l'influenza della gravidanza; nel travaglio sono frequenti le occasioni alla torsione del peduncolo, ad emorragia nella cavità del tumore, o a disorganizzazione del suo contenuto. Talvolta un puerperio febbrile viene seguito dallo sviluppo di processi di decomposizione nel tumore ovarico.

La diagnosi dei tumori ovarici ha guadagnato assai per l'introduzione dell'esplorazione bimanuale.

Anche tumori piccoli sono per essa diventati accessibili alla diagnosi. Finchè il tumore si trova in fondo al bacino, torna per lo più facile il sentirlo ai lati dell'utero. Se il tumore è mobile, se è situato nella sede dell'ovaio, e vicino ad esso non si riesce a percepire alcun corpo che possa corrispondere ad un ovaio, allora in genere la diagnosi può dirsi assicurata. Più difficile è giudicare quando la massa del tumore non è mobile con perfetta libertà, e se, collegata coll'utero, lo ha spostato dalla sua situazione, o per iniziale torsione assile ha assunto una posizione abnorme. In questi casi anzitutto si dovrà sempre cercare di isolare l'utero, occorrendo anche nella narcosi e coll'aiuto della sonda: poi si esplora per delimitare il corpo corrispondente all'ovaio e posto accanto all'utero, e l'esplorazione vaginale si completa poi colla rettale. Come ulteriore sussidio diagnostico può servirci l'afferrare l'utero con una pinza uncinata di Hegar per trarlo in basso, e il sollevare in alto il tumore secondo il metodo di Schultze (1). Per lo più con questo mezzo si arriva a stabilire in modo approssimativo la sede del tumore, la sua superficie, la sua consistenza, il suo volume, la forma del suo peduncolo.

Io non voglio omettere di ricordare qui che questa palpazione mi-

---

(1) Centralbl. f. Gyn., 1879, N. 6, e 1880, N. 1.

nuziosa delle singole parti del tumore, e i tentativi per determinarne colla massima esattezza i rapporti, vanno intrapresi soltanto e sempre colla massima cautela. È troppo facile dar origine con queste manovre ad uno strappo, alla lacerazione di qualche delicata aderenza, alla rottura di qualche cisti superficiale, e ancor più della tuba situata presso l'utero, o delle cisti tubo-ovariche. Delle conseguenze di tali rotture abbiamo già parlato. Un esame molto minuzioso è giustificato e permesso solo quando l'esaminatore è in condizioni tali da potere, all'insorgere di qualche complicazione, attuare immediatamente e con tutte le garanzie di successo la laparotomia.

La diagnosi differenziale delle cisti ovariche nei piccoli tumori deve dilucidare dei rapporti differenti da quelli che si osservano nei tumori già elevatisi al disopra del bacino. Se in questi ultimi è facile constatare la mobilità e controllare eventualmente la disposizione del peduncolo, e se in questi casi si dovrà tener conto per la diagnosi differenziale di tutte le raccolte o neoformazioni, che potrebbero distendere il cavo addominale, quando invece il tumore è ancora nello scavo ci dovremo occupare solo dei rapporti possibili in questa sua sede.

Pei tumori più piccoli ancora situati nel bacino si tratta anzitutto di stabilire se sono o no in connessione coll'utero. Più d'una volta una gravidanza ai suoi inizî è causa di un errore di diagnosi.

È appunto di fronte ad una iniziale gravidanza che occorre stabilire con estrema cura la diagnosi. Può infatti, anche in condizioni quasi normali nel resto degli organi genitali, determinarsi durante la gravidanza un particolare allungamento ipertrofico della porzione sopravaginale del collo, che permette al corpo una mobilità quasi completa rispetto al collo (1). Si sente allora assai distinto il collo ipertrofico, e si è quasi tentati di prenderlo per l'utero stesso, perchè non si arriva a distinguere con chiarezza l'istmo molto assottigliato e portato anche di solito assai all'indietro. Si crede allora giustificato l'ammettere che il corpo mobile sia un neoplasma, e precisamente dell'ovaio, perchè il tumore situato per lo più lateralmente sembra avere spostato dall'altra parte l'utero, perchè la sua mobilità è veramente eccezionale, e perchè la sua consistenza e la superficie non ricordano la durezza di un fibroide nodoso. L'errore è tanto più facile, perchè, almeno nei casi da me osservati, la mestruazione era sempre stata irregolare, esistevano cioè emorragie, perchè il calore e il grado di rammollimento non sempre forniscono un criterio sufficiente, il battito cardiaco del feto non può ancora esser sentito per l'età poco avanzata della gravidanza, e le donne sembrano appunto in questi casi profondamente turbate nelle condizioni

(1) Sulle difficoltà, che ne derivano, io ho scritto nella Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., vol. V.

di salute (deperimento delle forze, dimagramento, caduta dei capelli, insonnia, inappetenza, molestissime turbe digestive).

Un reperto somigliante a questo può esser fornito dai fibromi sottosierosi dell'utero; però in essi questo allungamento della porzione sopravaginale è difficile sia tanto marcato, che presso al voluminoso tumore non si possa distinguere nettamente il corpo dell'utero. Si pensi che per lo più i miomi originano da germi multipli, sicchè anche sul corpo dell'utero si possono distinguere altri nodi duri. Questi fibromi inoltre hanno per lo più un peduncolo assai più corto di quello che sembri in quei casi di gravidanza. Crescono di volume assai più lentamente di un utero gravido o di un tumore ovarico. Credo che questi tre stati, tumore ovarico, gravidanza con allungamento ipertrofico della porzione sopravaginale e fibroma sottosieroso peduncolato, si possano nella narcosi distinguere con sufficiente evidenza, e che eventualmente a dissipare i dubbî varrà la trazione sull'utero alla Hegar per tendere il peduncolo, e lo spingere in alto il tumore fuori dello scavo col metodo di Schultze.

Meritano specialmente attenzione la consistenza, il colorito del collo, ed il polso percettibile ai fornici, per evitare lo scambio con una gravidanza, nel caso che nel decorso dell'esame il medico non sia già posto sull'avviso dalla cessazione od irregolarità dei mestrui, o da altre modificazioni somatiche e funzionali della paziente.

Fra i tumori situati presso all'utero, devono esser presi in speciale considerazione i neoplasmi del legamento largo e quelli delle tube.

I neoplasmi del legamento largo sono rari, ma sono anche difficilissimi da distinguersi dai tumori ovarici che abbiano preso vaste aderenze per coalito o per essudati (1). In ambo i casi manca o è solo apparente la mobilità. Il trovare un ovaio presso al tumore fornirebbe una soluzione definitiva del problema, ma, sapendo che il tumore sotto una eccessiva compressione può scoppiare tra le mani, ricorreremo a questa ricerca solo colla massima prudenza.

Nei tumori cistici del legamento largo sarebbe molto desiderabile di procurarsi un mezzo diagnostico colla puntura ed aspirazione del liquido limpido, scarso di albumina, che si differenzia appunto per questi suoi caratteri dal liquido ovarico.

Ma io sono del parere che la puntura esplorativa non sia affatto scevra di pericoli, ed, anche ammesso che una cisti del legamento largo possa per la puntura ridursi e non più riprodursi, tuttavia preferirei fare la laparotomia ed enucleare di lì il tumore, perchè dette cisti infine sono molto rare, ed io ho più timore di una piccola ferita profonda

(1) Vedi Sänger, Archiv f. Gyn., XVI, p. 258.

e non accesssibile a diretto controllo, che non dell'immediata apertura dell'addome, si intende con tutte le regole dell'arte.

I tumori tubarici sono spesso assai difficili da differenziarsi da un neoplasma ovarico. In molti casi l'esplorazione dalla vagina o dal retto combinata colla palpazione esterna ci farà sentire il passaggio dal sacco tubarico all'utero in forma di un cordone, che origina dal corno uterino, e si perde nel tumore dopo un decorso più o meno lungo e quasi sempre tortuoso.

Si aggiunga che i tumori tubarici formano il più delle volte delle masse bernoccolute, atteggiate a spira, che ora si incurvano con decorso serpentino, ora più distese riempiono tutto lo scavo. Nell'ultimo caso l'esplorazione è naturalmente assai difficile, ma finchè i tumori non raggiungono questo sviluppo, è abbastanza caratteristico il modo di comportarsi della loro estremità uterina. In altri casi la tuba è tutta compenetrata nel tumore: allora l'esatta differenziazione fra tumore ovarico e tubarico potrebbe incontrare gravi difficoltà, o non riuscire possibile a meno di fare una laparotomia, e non sempre nemmeno con questa.

La distinzione dei tumori più piccoli dagli essudati parametritici e peritoneali da sola non è poi molto difficile. Gli essudati parametritici, la cui insorgenza va nell'anamnesi congiunta per lo più ad un puerperio morboso, ad un aborto o ad un atto operativo, si diffondono nel profondo del legamento largo; è raro che siano nettamente limitati, e sembrano quasi sempre affatto immobili. Per lo più hanno una base larga verso la parete pelvica, e si assottigliano a punta verso l'utero. Tranne rare eccezioni l'essudato è a ridosso del fornice vaginale, che gli sembra intimamente aderente.

L'essudato talvolta abbraccia l'utero lateralmente e all'indietro, e lo immobilizza, mentre i tumori ovarici per sè sono sempre tondeggianti, e nettamente delimitabili rispetto all'utero. La diagnosi sotto questo riguardo è spesso resa assai difficile, quando gli essudati si sono raggrinzati, e non formano più che residui incapsulati nel legamento largo e quando i tumori ovarici si complicano con simili essudazioni nel legamento largo o sul peritoneo. Per quanto concerne gli essudati perimetritici, la forma caratteristica di questi versamenti nello spazio del Douglas è facile a distinguersi dalla forma tondeggiante dei tumori ovarici. Talvolta l'essudato include un tumore; allora la diagnosi è molto complicata, se un essudato para o perimetritico coincide con un tumore ovarico piccolo. L'anamnesi, l'anteriore decorso e la sensibilità più o meno spiccata dei visceri pelvici hanno in questi casi un'importanza somma: per assicurare la diagnosi non resta che continuare l'osservazione sull'ulteriore andamento del male. Abbastanza sovente, scomparendo l'essudato extra od intraperitoneale, si vede il tumore ovarico risaltare nettamente nella sua estensione e nella sua forma, e riuscire facilmente distinguibile come tale.

Non si può escludere che un ammasso di materie fecali possa venire scambiato con un tumore ovarico; le masse fecali si distinguono sempre per la loro pastosità. Non ci forniranno occasione di errore se terremo per regola di provocare sempre una copiosa evacuazione alvina prima di procedere ad un esame decisivo.

Una retroflessione d' utero gravido, od un fibroma incarcerato, si potranno differenziare da un tumore ovarico per mezzo dell'anamnesi e specialmente collo stabilire nella narcosi la figura dell'utero o col fissare in vicinanza al tumore la presenza dell'utero punto ingrossato.

La distinzione fra un tumore ovarico voluminoso asceso nella cavità addominale ed un neoplasma d'altra natura può rappresentare una non lieve difficoltà. Non intendo qui diffondermi molto sugli errori occasionati da accumulo di gaz nell'intestino, o di adipe nelle pareti addominali, condizioni che vengono tosto poste in chiaro da un esame nella cloronarcosi. Del resto gli antichi sussidii diagnostici basteranno anche per questi casi. Colla palpazione, colla percussione ed eventualmente coll'ascoltazione si può anzitutto stabilire se esiste o no un tumore nel ventre, se la tumefazione è data da liquido libero o da masse delimitate, se queste masse sono in connessione cogli organi genitali. Nella narcosi si esplorerà in diverse posizioni ed atteggiamenti del corpo, e si cercherà di rimuovere il supposto tumore dalla sinfisi verso l'alto, si eseguirà l'esplorazione dei visceri dalla vagina, dal retto, ed eventualmente dalla vescica: si completerà la diagnosi coll'ascoltazione, colla percussione e palpazione dell'addome. In singoli casi potrà sempre darsi che le difficoltà appaiano insuperabili. Non voglio occuparmi degli scambî di diagnosi con una vescica distesa e con una gravidanza, e mi contenterò di accennare agli essudati saccati, alle cisti di altri visceri addominali, ed a certi tumori dell'utero.

Fra le malattie, che fanno ardua la diagnosi differenziale, va annoverato in prima linea *l'idrope saccato del peritoneo*. Lo si trova non tanto frequente nelle peritoniti semplici, sebbene anche qui possa presentarsi; più comune nella tubercolosi e nel cancro del peritoneo e dei genitali (1).

Io ho eseguito 19 volte la laparotomia per un' idrope saccato del peritoneo; fra cui 5 volte nel sospetto di incontrare un tumore ovarico, mentre negli altri casi la diagnosi era stata esatta. In questi casi era sorto il dubbio di una tale condizione di cose, ma nè l' anamnesi, nè lo stato generale, nè lesioni di altri organi o rialzi di temperatura od aumento di sensibilità fornivano un sicuro criterio.

Nè sempre risultano in modo sufficientemente caratteristico i segni, che si enunciano per la diagnosi differenziale, quali la poco marcata

(1) Gusserow, Società di Ost. e Gin., Berlino, 1892, 8 aprile. — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XXIV.

delimitazione, la constatazione di nodi di cancro o di abbondante ascite. Il ventre nella narcosi appare assai cedevole, e la sua forma, che prima pareva decisamente tondeggiante, viene a prevalere nel senso della larghezza. La massa si può chiaramente delimitare alla percussione, che dà risonanza timpanica evidente sui lati, in qualunque posizione si metta la paziente. Si raccomandò di fare specialmente in questi casi una puntura esplorativa, ma a me pare che con essa non si raggiunga tanto bene lo scopo, quanto con una incisione esplorativa: colla puntura si incorre nel pericolo di ferire, per es., un tumore canceroso e dar luogo a profuse e pericolosissime emorragie; inoltre l'incisione offre il vantaggio di poter essere seguita subito all' occasione da una conveniente terapia.

Naturalmente non intendo escludere la possibilità di utilizzare l'esame chimico o microscopico del liquido ottenuto colla puntura, per valutare la natura del tumore: da quanto esposi si possono ricavare molti caratteri, che rendono possibile distinguere il contenuto di una cisti da un liquido ascitico libero, e quello di una idronefrosi o di una cisti da echinococco dal contenuto di un cistofibroma o di una cisti del legamento largo. Per quanto però io abbia tentato queste ricerche chimiche, non ne ho quasi mai ottenuto dati costanti e fissi, utilizzabili per valutare il significato del tumore, e sopratutto per rispondere alla questione se il tumore sia o no operabile. E neppure la provenienza e il modo di sviluppo del tumore non si possono sempre affermare con sicurezza in base a questi dati. Per una diagnosi differenziale delle varie sorta di liquido, che si ottengono colla puntura dei tumori addominali, terremo conto anche dei seguenti caratteri:

Il contenuto dei cistomi è vischioso, per lo più oscuro, di peso specifico elevato: contiene notevole quantità di albume, mentre la paralbumina, di cui tanto si è parlato, non vi si può constatare che assai incertamente. Nel deposito lasciato da questo liquido si trovano epitelî cilindrici, quasi sempre alterati per degenerazione grassa e in via di disfacimento.

Il liquido ascitico ha un peso specifico basso, e contiene poca albumina; lasciato all'aria, dopo 12 a 18 ore dà luogo spontaneamente ad un coagulo gelatinoso di fibrina, fenomeno che non si avvera nel liquido cistico se non per pregresse emorragie. Il microscopio in ogni caso nel liquido ascitico non fa riscontrare epitelii che in modo affatto isolato, il cui distacco si spiega forse coll'azione meccanica della puntura; vi si trovano invece corpuscoli linfatici.

Nell'idronefrosi si trovano i caratteristici componenti dell' urina, che però in alcuni casi possono anche mancare quasi completamente.

Il contenuto delle cisti da echinococco è caratterizzato, più che tutto, dagli uncini o corone di uncini, ed anche da lembi di cisti. Le cisti del

legamento largo hanno un contenuto straordinariamente limpido, e un peso specifico infimo (1004-1009); al miscropio vi si riscontra qualche rara cellula epiteliale.

Il contenuto dei tumori fibrocistici si comporta come il sangue, coagula all'aria, ma non ha alcuna nota caratteristica.

Parecchie volte si confusero i cistomi ovarici con una idronefrosi o con cisti da echinococco. Nell'idronefrosi si trova lo scavo vuoto, e sopra al sacco da idronefrosi ci attenderemo di sentire le anse intestinali, che invece nei cistomi ovarici sono spostate lateralmente ed in alto: ma, come insegna la casistica, questo mezzo diagnostico non sempre risalta colla desiderata chiarezza. Certo è importante in questi casi indagare la presenza nell'urina di pus, albume o sangue, ed occorrendo, fare un tentativo di confronto col cateterismo degli ureteri. Dalla puntura esplorativa non sempre si ricavarono dati sufficienti. Nelle cisti da echinococco la diagnosi viene talvolta rischiarata dal noto fremito alla palpazione. Il numero delle osservazioni in proposito è straordinariamente aumentato in questi ultimi tempi, cosicchè è sperabile che si trovino segni importanti di diagnosi differenziale. In uno dei miei casi (1) alcune grosse cisti da echinococco si spingevano in basso nel bacino, sicchè si potevano ritenere di natura ovarica, ed era naturale considerare della stessa natura anche le masse, che occupavano in alto l' addome. I tumori solidi dei visceri addominali si spingono a ridosso delle pareti addominali, appena abbiano acquistato un certo volume. Si possono però di solito distinguere dai tumori ovarici, perchè occupano la parte alta dell'addome, ed a stento si raggiungono attraverso al bacino, nel quale si distinguono invece le ovaie coi loro normali caratteri.

Più d'una volta, come si disse, si verificò lo scambio fra tumori ovarici ed ingrossamento dell'utero per tumori o per gravidanza. Rispetto alla gravidanza si potrebbe essere sviati dall'inesatta anamnesi; ma ad evitare l' errore basterà la constatazione del rammollimento del collo, ed eventualmente del battito fetale e dei moti attivi; o, se persiste il dubbio, l'osservazione del modo ulteriore di svilupparsi del tumore.

Per constatare un tumore uterino si dovrà sempre procedere dall'utero stesso; si palpa prima la forma dell' utero, per passare poi al neoplasma; e qui la sonda fornisce un buon sussidio alla diagnosi. I tumori sottosierosi spesso appaiono peduncolati, e mobili rispetto all' utero: in questi casi il diagnostico si potrà posare,palpando l' ovaio inalterato, o esaminando la disposizione del peduncolo. Questo peduncolo può del resto trovarsi in posizione tale da non riuscire accessibile alla palpazione, ed allora la distinzione riesce impossibile.

---

(1) Pubblicato dal Düvelius, Società di Ost. e Ginec. di Berlino, 1886.

Siccome però i miomi, i fibromi e gli altri tumori dell'utero richiedono anch'essi la laparotomia, non ritengo poi di grande conseguenza un errore diagnostico in questo senso.

I tumori del fegato, della milza, ed altri neoplasmi nel cavo addominale, non si potranno confondere con tumori ovarici, quando si riscontrino sani gli organi genitali e specialmente le ovaie, occorrendo nella narcosi. Meno facile è distinguere i tumori ovarici da quelli del mesenterio, del peritoneo, e delle stesse pareti addominali. In tutti questi può coesistere un certo grado di mobilità del tumore. Possono lasciare perfettamente libera la cute dell'addome, che si può spostare al di sopra del tumore e offrire anche nel resto tutti i sintomi dei tumori ovarici. Anche per questi casi si andrà alla ricerca delle ovaie, che si troveranno nello scavo, per lo più poco alterate, e si potrà così per lo meno stabilire che il tumore non è di provenienza ovarica.

Gli accennati segni diagnostici hanno indubbiamente un alto valore. Però nella pratica la loro importanza può scemare considerevolmente, specie per le varie complicazioni, che possono associarsi ai tumori ovarici. In primo luogo i cistomi, anche se non di natura maligna, si complicano non di rado alla presenza di liquido libero nell'addome. Poi questi tumori non escludono, come è noto, la gravidanza, e così pure può con un cistoma ovarico coesistere un mioma uterino. Ancor più gravi sono quelle complicazioni che risultano da modificazioni alla superficie del tumore. Qui possono avverarsi i più intimi coaliti, e svolgersi in queste aderenze tale vascolarizzazione, che il tumore viene nutrito da queste parti meglio che dal peduncolo. Possono verificarsi aderenze del tumore coll'intestino e con tutti i visceri dell'addome, senza che sempre riesca possibile predire con qualche sicurezza queste aderenze.

Non sempre si può rispondere in modo certo alla questione, a qual lato appartenga l'ovaio ammalato. Per dire se il tumore è multi od uniloculare, quando sia facilmente palpabile si indagherà se la fluttuazione del contenuto è diffusa o limitata. Un tumore uniloculare per lo più è tondeggiante; i multiloculari appaiono bernoccoluti alla superficie.

Fra le modificazioni delle cisti ovariche ve ne sono quattro, che possono costituire una difficoltà pel diagnostico, e sono: le aderenze cogli organi vicini, la rottura, la torsione del peduncolo, e la degenerazione maligna.

Le aderenze dei tumori ovarici cogli organi vicini per lo più si organizzano in modo subdolo, e senza che alle ammalate ne appaia alcun sintomo manifesto. Nel maggior numero dei casi resta ancora un po' di spazio libero pei movimenti degli organi vicini. Le lesioni, che a questi organi ne derivano, si ordiscono in modo tanto lento, che solo per un disturbo accidentale se ne fanno palesi le conseguenze. In altri casi la formazione delle aderenze è accompagnata da fenomeni acutis-

simi, e specialmente dai sintomi di una peritonite acuta circoscritta. Ne derivano violenti dolori, rialzo di temperatura iniziante con brivido, vomito, polso frequente, collasso grave. Poi i sintomi gradatamente recedono, e residua solo un punto doloroso, ove più volte si può percepire attraverso alle pareti addominali lo sfregamento di due superfici ruvide. Simili infiammazioni circoscritte si ripetono con una certa frequenza, e infine, specie nelle aderenze della parete anteriore, può risultarne un'intima coalescenza fra la superficie cistica e questa parete, coalescenza che si rivela ad ogni movimento del tumore e del corpo, perchè la cute in questo punto viene stirata in dentro, e fa delle pieghe. Non sempre, però, si rende evidente questo fatto e perciò l'aderenza, perchè la parete addominale può essere tanto ricca di adipe, che la cute della superficie e lo strato adiposo superficiale non si mostrano quasi affatto influenzati dalle aderenze che si sono formate profondamente, sembrano anzi assai mobili, mentre poi aperto il ventre si trova il più intimo coalito.

Le aderenze colle anse intestinali si formano spesso su larga scala. Le anse si trovano poggianti sulla superficie del tumore, al quale si vedono saldate in grande estensione e in modo abbastanza fisso; tuttavia il moto peristaltico si effettua ancora con una certa facilità, mentre in altri casi naturalmente ne possono derivare intensi disturbi e ostacoli alla peristalsi. Assai gravi sono le aderenze colla vescica dalle quali deriva l'incompleta evacuazione dell'orina, ed un senso di molesta tensione della vescica. Nelle aderenze coll'utero è sintomo saliente l'alterazione della mestruazione: questa di solito si fa assai abbondante; ne derivano copiose secrezioni nel periodo intermestruo, ed anche emorragie atipiche.

In genere la diagnosi di queste aderenze è della massima importanza per l'operazione; resta però sempre assai ardua, non giova il negarlo, ad onta del più attento esame. Relativamente facili a scoprirsi sono le aderenze estese col fondo pelvico, cosicchè chi non possiede sufficiente abilità operativa per trionfare di queste aderenze dovrà sempre considerarle come una controindicazione alla cura operativa del tumore ovarico. Le aderenze colle anse intestinali, invece, non si possono riconoscere che in casi rarissimi, quando per es. le anse, insinuatesi davanti alla superficie anteriore del tumore, quivi rimangono fissate, come ho veduto io in qualche caso. Ma in altri casi, in cui le aderenze erano estesissime e fitte, la mobilità del tumore non ne era punto sminuita, e la scoperta di queste aderenze riusciva tanto più inattesa, appunto perchè la spiccata mobilità del tumore aveva lasciato sperare un'operazione semplice e liscia.

Le aderenze colle pareti addominali per lo più si dividono assai facilmente: le aderenze più salde e fitte sono fatali, perchè dànno luogo

veramente ad un'intima fusione fra le due superfici, tale da renderne impossibile la separazione, e allora il distacco del tumore non si può compiere senza rilevante perdita di sostanza nel rivestimento sieroso della parete addominale. Riguardo al trattamento delle aderenze, rimando al capitolo sull'ovariotomia.

Della rottura delle cisti abbiamo già parlato.

Una alterazione assai più seria consiste nella torsione assile del peduncolo di cui pure ci siamo già occupati.

La degenerazione maligna dei tumori ovarici fu già da molto tempo ritenuta per una delle caratteristiche di questi tumori. Come essa avvenga non è ancora ben dimostrato per tutti i casi. Probabilmente, come dimostrò Marchand (l. c.), le forme papillari sono le più disposte a questa trasformazione maligna. In altri casi la degenerazione maligna si svolge nei resti dell'ovaio, sia nello stroma che nella parte ghiandolare, e non solo determina la trasformazione del tumore, ma, rottene le pareti, infetta per contatto diretto il peritoneo. La constatazione diretta di queste forme maligne può riuscire possibile se si sentono chiaramente delle durezze limitate, delle nodosità mammellonari, sia attraverso alle pareti addominali, sia nello spazio del Douglas. In altri casi la degenerazione maligna si sospetta per la cachessia, che progredisce rapidamente, e per l'ascite, che accompagna sempre il carcinoma ovarico. Nel liquido ottenuto per puntura da questa ascite si trovano costantemente in queste degenerazioni maligne residui di cellule del neoplasma e cristalli di colesterina (1).

La prognosi dei tumori ovarici è decisamente infausta. Non voglio negare i casi in cui un tumore si arresta ai primissimi stadii del suo sviluppo e non esercita alcuna dannosa influenza sulle condizioni generali, e viene tollerato senza dare alcun sintomo, sia che si conservi immutato, o che cada in preda a metamorfosi regressiva. Ma il maggior numero di cistomi ovarici non resta così inoffensivo, e, se pensiamo a tutti i pericoli che risultano dalla natura di questo tumore, e d' altra parte ai buoni risultati di una cura radicale, emetteremo su questi tumori una prognosi riservatissima e cercheremo di operarli più presto che sia possibile.

Terapia dei cistomi ovarici. — Nessuna cura generale o limitazione della dieta o somministrazione di così detti specifici, come sarebbero il cloruro d'oro, l'iodio, il mercurio e simili, possono arrestare lo sviluppo del tumore.

La puntura non vale a guarire il tumore ovarico. Della puntura esplorativa abbiamo già detto. L'idrope del follicolo e le cisti del lega-

(1) Flaischlen, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., VII.

mento largo possono bensì guarire colla puntura, ma il loro numero è scarso, e la diagnosi è esposta a molteplici cause di errore.

La puntura si può fare in una posizione comoda, sulla sedia, sul tavolo d'operazioni, sul letto. La si eseguisce con un semplice trequarti.

Prima della puntura si adatta intorno al tronco una fascia formata di fazzoletti cuciti l'uno coll'altro alle estremità: la fascia, arrotolata ai due capi, viene, incrociata attorno al ventre. Le estremità si affidano ciascuna ad un assistente, per esercitare con esse una pressione uniforme sull'addome. Per la puntura si sceglie un punto ove sia ben netta la fluttuazione. Si consiglia di scegliere di preferenza la linea alba, e, svuotata la vescica, di infiggere il trequarti più vicino che sia possibile alla sinfisi pubica. Il punto, dove dovrà cadere il trequarti, sarà prima disinfettato, e disinfettato anche il trequarti, lo si impianterà con un colpo piuttosto energico. Di solito non occorre narcosi, che sarà bene evitare anche in vista della frequente insorgenza di lipotimia col progredire dello svuotamento. Non bisogna mai estrarre d'un sol tratto grandi quantità di liquido. Sarà bene di operare con qualche pausa, durante le quali si porgeranno alla paziente degli eccitanti. Quando lo svuotamento è quasi completo, si ritira la cannula, si copre la puntura fatta con un pezzetto di cerotto, si applica al disopra la fascia strettamente serrata, e si riporta a letto la paziente.

Il momentaneo sollievo, di solito, poco dopo cede il posto ad una nuova raccolta di liquido: può anche durare per qualche mese. Gli altri pericoli della puntura li ho già enumerati. È noto come in alcune malate si fecero oltre a cento punture, nel mentre le infelici precipitavano verso la fine per crescente cachessia.

L'iniezione di liquidi irritanti, specialmente di tintura di iodio, non basta a far ridurre il tumore, ed è meglio lasciarla da parte.

Un terzo metodo, che è pure da sbandirsi, è quello di portare la cisti ad atrofia per mezzo di una incisione e successivo drenaggio.

Ho visto molti casi trattati con questo metodo ed anche alcune guarigioni. Si trattava di casi di aderenze estese della superficie della cisti colle pareti addominali, in cui non sembrava possibile isolare il tumore. Un caso di questo genere l'ho visto quando ero assistente di mio padre; guarì dopo ripetute lavature con soluzioni fenicate più o meno concentrate, e ancor oggi dopo più di 20 anni vedo sovente la signora che portava la cisti. Colla stessa cura guarì pure un altro caso dello stesso genere. Un terzo caso della pratica di mio padre, e due della mia propria clientela li ho pure osservati sino alla fine. Nell'ultimo caso di mio padre ed in uno dei miei venne in scena setticoemia. Nell'ultimo dei miei casi la morte seguì per aumento nella cachessia; la paziente soccombette alla comparsa di diarrea colliquativa ed al deperimento generale, senza che nel lungo decorso della cura, durata due mesi, si manifestassero forme settiche. In questo caso però il cistoma era degenerato in cancro. Nei primi quattro casi il drenaggio fu posto attraverso alla ferita addominale. Negli ultimi due lo si praticò contemporaneamente anche dalla vagina.

Come si vedrà anche da quanto dirò sulla prognosi dell'ovariotomia, la *terapia* dei cistomi ovarici può consistere soltanto nella loro estirpazione. E non bisogna attendere finchè il tumore abbia raggiunto un certo volume, o eserciti un'influenza dannosa sulle condizioni generali: pensando a tutte le eventualità cui abbiamo visto poter andar contro i tumori ovarici, alle molteplici alterazioni e degenerazioni maligne, non sarà mai troppo precoce l'intervento operativo.

Per l'ovariotomia vedasi più avanti.

Non è sempre assolutamente indispensabile nei tumori dell'ovaio di esportare tutta la ghiandola. In casi di parziale degenerazione si può conservare il tessuto sano, come vedremo poi parlando della resezione dell'ovaio.

4. — I tumori dermoidi dell' ovaio.

Nei dermoidi sono interessati non solo gli elementi ghiandolari dei tubi di Pflüger, ma ha luogo anche una partecipazione del foglietto esterno, come fu dimostrato da His (1). A questo si devono far risalire gli elementi della cute, che si trovano nei dermoidi, mentre l'adipe, le ossa, i denti, ecc. derivano dal foglietto medio, che piglia pure parte all'introflessione del cordone assile.

Le ricerche istituite da Flaischlen (2) su di un piccolo tumore ovarico, dalle quali egli trae la conclusione che gli epitelî piatti dei dermoidi con tutti i loro derivati originano dagli elementi ghiandolari dei tubi di Pflüger, sono rimaste finora, a quanto mi sembra, affatto isolate. L'ipotesi di His invece illustra benissimo il caratteristico reperto delle cisti dermoidi.

I dermoidi, che devono perciò considerarsi come tumori congeniti nello stretto senso della parola, raggiungono di rado un volume notevole, se si eccettuano i casi, in cui si rigonfiano subitamente fino ad assumere le proporzioni di un voluminoso cistoma per decomposizione del contenuto, o per emorragie o suppurazione. La loro parete risulta da strati di connettivo, che verso la interna cavità della cisti presentano un rivestimento analogo alla cute con epitelio pavimentoso stratificato, sotto al quale si trovano cellule nucleate piatte e tondeggianti, insomma una vera formazione cutanea. L'epidermide, o lo strato più vicino di tessuto, porta in alcuni punti delle manifeste papille, che però non sono regolarmente disposte come nella cute esterna. Al disotto si trova una specie di strato adiposo, che riunisce lo strato cutaneo alla tonaca connettivale. In questa cute si trovano bulbi piliferi e ghiandole sebacee,

(1) Archiv f. mikr. Anatomie, 1865, I.
(2) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., VI, p. 127.

e in taluni casi anche ghiandole sudorifere. Friedländer (1) ha dimostrato che da queste ghiandole sebacee e sudorifere possono formarsi delle cisti secondarie da ritenzione. Vi si possono incontrare anche delle cisti rivestite di epitelio a ciglia vibratili con contenuto siero-mucoso e con dimensioni talora notevoli. I peli possono raggiungere una notevole lunghezza e rigidezza: sono per lo più rossicci, ma vi si sono trovati anche dei peli neri o grigi. Nelle cisti dermoidi d'antica data trovansi staccati e raccolti in masse, e possono riempire coi loro viluppi l'interna cavità della cisti. Fra questi capelli si trova una massa adiposa, ora fluida, ora solidificata. Vi si trovano anche acido ossalico, tirosina, leucina, urea e xantina. Queste masse d'adipe derivano dalla disgregazione delle cellule epidermoidali e dalla secrezione delle ghiandole sebacee. Se il dermoide suppura, il tutto si fonde in una poltiglia densa, fetida, mentre in altri casi le masse adipose galleggiano nella parte liquida come grani d'orzo.

Caratteristici sono i denti e le formazioni ossee. La struttura dei denti per lo più è rudimentale, ma si osservano anche intere ossa mascellari coi relativi denti, anzi il numero dei denti può aumentare a più di 100, e, se si sta ad un preparato di Rokitansky, nel quale si trovò un dente da latte smosso da uno sottostante, e carioso dalla radice alla corona, si spiega bene anche come, per questa riproduzione dentaria, si possano trovare dei denti rimossi dal loro alveolo e liberi nel contenuto cistico. Secondo Holländer, i denti di solito corrispondono al lato, da cui provengono (2).

In casi rari si trovò sostanza grigia cerebrale e fibre muscolari striate nella parete interna della cisti.

I dermoidi sono non di rado bilaterali. Di solito si impiantano per larga base, e hanno estese aderenze cogli organi vicini. È raro trovarli peduncolati e relativamente liberi. È naturale che presso a questi dermoidi possa svilupparsi anche un cistoma. Di queste forme combinate se ne è descritto un certo numero (Flaischlen, l. c.).

La diagnosi dei tumori dermoidi si può fare in modo preciso, quando si possa osservare qualcuno degli elementi caratteristici del contenuto, denti, ecc. Il constatare la presenza di tessuto osseo non deve però bastare senz'altro a far emettere la diagnosi di cisti dermoidi, perchè un aspetto assai consimile a queste cisti può assumerlo una gravidanza extrauterina.

Se è indubbio che moltissimi di questi dermoidi possano rimanere affatto innocui e venir constatati solo accidentalmente come re-

---

(1) Virchow's Archiv. LVI, p. 355. Per la letteratura più antica vedi Pauly, Beitr. der Gesellsch. f. Geburtsh. 1875, IV. — Cousin, Thèse de Paris, 1877.

(2) Olshausen, Soc. di Ost. e Gin. Berlino, 1890.

perti secondarî all'esplorazione o all'autopsia, possono però per l'alterazione del contenuto dar luogo a notevolissimi disturbi.

In seguito a fusione del loro contenuto, i dermoidi al pari dei cistomi hanno disposizione a riversarsi negli organi vicini. Se si aprono verso il retto, la vescica, l'utero, la vagina o la parete addominale, la diagnosi è data dalla fuoruscita della poltiglia contenente denti e capelli (1).

Terapia. — I dermoidi reclamano una operazione radicale: in vista delle frequenti aderenze si propose di svuotare in questi casi i dermoidi, dilatando l'apertura fattasi spontaneamente. È sempre meglio fare la laparotomia ed enucleare completamente la cisti.

5. — Tumori solidi dell'ovaio.

Fra i tumori solidi dell'ovaio si comprendono i fibromi, i carcinomi ed i sarcomi, sebbene in tutti questi non sia esclusa la possibilità di qualche formazione cistica. I tumori solidi dell'ovaio (2), in confronto ai cistomi, sono sempre rari. Leopold calcola la loro frequenza relativa all'1 $^1/_2$ $^0/_0$. Tutte queste varietà hanno la particolarità di una insorgenza bilaterale assai più frequente che nei cistomi. Di solito non raggiungono il volume di un cistoma, ed hanno forma tondeggiante più o meno allungata, corrispondente alla forma di un ovaio ingrossato. Hanno per lo più una speciale disposizione del peduncolo, nel quale la tuba viene compresa più tardivamente che nei cistomi. Sono poco disposti alla formazione di aderenze, probabilmente per la facilità, con cui dànno luogo alla insorgenza di ascite.

A. — Fibroma dell'ovaio.

I rarissimi fibromi possono raggiungere proporzioni colossali. Nel giugno 1886 ho esportato in una donna le due ovaie, degenerate in mixofibromi del peso complessivo di gr. 2500 (3).

I fibroidi rappresentano una ipertrofia uniforme dell'ovaio, con conservazione della sua forma e delle sue connessioni col legamento largo (4). Virchow ha trovato in questi tumori scarse fibre muscolari lisce; ma

(1) Baumgarten, Virchow's Archiv., CVII e CVIII. — Böttlin, ibid., CXV. — Pomorsky, zeitschr. f. Geb., XVI. — Sippel. Centr. f. Gyn. , 1889, p. 305. — Klaussner, Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, XXX, p. 177.

(2) Th. S. Lee, von den Geschwülsten der Gebärmutter, Berlin, 1848. — Virchow, Tumori III, p. 222. — Ingham, Amer. Journal of Obst., VI, p. 106. — Sp. Wells, Diseases of the ovaries, 1870. — Leopold, Arch. f. Gyn., VI e XIII. — Coe, American Journal of Obstetries. 1882, XV, p. 561.

(3) Orthmann, Soc. di Ost. e Ginec., 25 giugno, 1886.

(4) Spiegelberg, Monatschr. f. Geburtsk., XXVIII, p. 415.

questa presenza deve essere assai rara, e per lo più il tumore risulta di connettivo fibrillare. Non è esclusa la possibilità di uno scambio con tumori uterini, anzi Schröder (1) dice essere ancora dubbio se i veri fibromiomi non derivino sempre dall'utero: solo i fibromi puri potrebbero essere di provenienza ovarica. L'osservazione di Waldeyer (2), di una struttura completamente osteoide, e l'ossificazione del tumore descritta dal Kleinwächter (3) appartengono ai fatti eccezionali. Rokitansky, Klob e Jenks (4) descrivono lo sviluppo di piccoli fibromi da un corpo luteo.

I fibromi non dànno luogo ad alcun sintoma caratteristico; è di regola in essi la produzione di ascite. In rari casi possono in qualche punto fondersi o suppurare; queste alterazioni si verificano di preferenza in seguito ad un puerperio. Una sicura diagnosi non si può stabilire. La prognosi non può dirsi infausta, perchè questi fibromi di solito crescono lentamente, o si arrestano affatto nel loro sviluppo. La terapia non può consistere che nella ablazione del tumore, colla quale di solito si guarisce anche l'ascite.

B. — Carcinoma dell'ovaio.

Si devono distinguere i carcinomi primitivi dalle degenerazioni carcinomatose, che si verificano in grembo ai cistomi. Il cancro primitivo dell'ovaio non è legato all'età matura come il cancro di altri segmenti del canal genitale.

Si presenta come una infiltrazione diffusa dello stroma, cosicchè l'ovaio, conservando quasi la sua forma, è mutato in un'unica massa cancerosa, che può raggiungere grande sviluppo: oppure in forma di nodi, che mutano l'ovaio in un tumore bernoccoluto.

Quale forma secondaria di degenerazione cancerosa, si possono considerare le vegetazioni papillari, che partono dalla superficie dell'ovaio e, provviste di epitelio cilindrico, si ramificano e formano delle escrescenze a cavolfiore (5). Per lo più danno luogo presto ad ascite, infettano i tessuti vicini, e dànno così a conoscere chiaramente il loro carattere maligno. La degenerazione carcinomatosa dei cistomi si fa appunto in forma di vegetazioni papillari, o in quella di un cancro ghiandolare nel tessuto stesso del cistoma (6).

---

(1) Schröder, Trattato, VII.ª ed., p. 436.
(2) Waldeyer, Archiv. f. Gyn., II, p. 440.
(3) Kleinwächter, ibid., p. 171.
(4) American Journal of obstetrics, VI, p. 107.
(5) Gusserow ed Ebert, Virchow's Archiv., vol. 43, p. 14. — Klebs. Handbuch der path. Anatomie, 1883. — Birch-Hirschfeld. Lehrbuch der path. Anat. 1101. — Marchand, L. c., 1879 fig. 4.
(6) Keller. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XVI. — Kramer. ibid., 1890.

Lo sviluppo di focolai cancerosi nell'ovaio irrita sempre ad alto grado il peritoneo, sicchè non mancano quasi mai l'ascite e la peritonite cronica. Più comune di quanto vogliono gli autori è per me l'insorgenza di nodi disseminati ad una certa distanza e in apparenza indipendenti l'uno dall'altro, che si formano ora nel mesenterio, ora nel gruppo delle ghiandole linfatiche retroperitoneali. Ho incontrato con notevole frequenza anche alterazioni dell'omento, che viene a distendersi fra le anse intestinali e la parete addominale in forma di una massa spessa e nodosa, o che, atteggiato a nodi isolati, forma tumori di forma particolare ed atipica. Per molti di questi casi resta certamente il dubbio, se il tumore ovarico, che di regola vi si riscontra, è primitivo o secondario (1).

I *sintomi* del cancro dell'ovaio spesso restano latenti a lungo. Si nota poi un accrescimento rapido, i fenomeni di peritonite cronica, marasma, occlusione intestinale. Se l'ascite aumenta notevolmente, il quadro dell'esaurimento può esser dominato dai disturbi, che derivano dall'aumentato volume del ventre.

Per lo più la *diagnosi* si fa possibile solo quando le masse hanno già determinato una ragguardevole raccolta ascitica. Talvolta si sentono dei nodi distinti nello spazio del Douglas, prima o dopo lo svuotamento dell'ascite, e si può abbastanza bene delimitare l'ovaio sformato in un modo caratteristico. In altri casi si può constatare nettamente l'esistenza di nodi in corrispondenza al peritoneo parietale, il che autorizza il sospetto, se non una diagnosi di certezza.

Il segno indicato da Chrobak (2), aderenza del fornice vaginale al tumore, io l'ho trovato di rado, e solo nell'infezione avanzata del peritoneo: così pure i versamenti sierosi nelle pleure accennati da Freund.

Troppo spesso l'infezione cancerosa è così diffusa al peritoneo, da far rinunciare ad una operazione anche parziale. E in ciò sta anche una difficoltà per la statistica, perchè in una gran parte di questi casi non si può neppure stabilire con qualche certezza il punto di partenza del cancro.

Nella statistica raccolta da Cohn-Carsten (col materiale di Schröder) si è illustrata in modo assai interessante la prognosi del carcinoma ovarico. Se prendiamo le cifre riportate da Leopold al principio del 1887, si vede che, operando in tempo debito, quasi nel 20 % si ottenne una guarigione durata per più di un anno. Una statistica specialmente fa-

---

(1) Olshausen, Krankheiten der Ovarien, 1889, p. 428. — Förster, Verhandl. der Wurzburg. phys. med. Gesellschaft X, p. 24. — Thomas, Amer. Journal of Obstetr., IV. — Wittrock Dissertatio inaug. Erlangen, 1879. —Cohn, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XII, 1885. — Leopold, Deutsche med. Wochenschr., 1887, N. 4.

(2) Wiener med. Wochenschr., 1891, N. 5.

vorevole è stata pubblicata da Freund (1). Olshausen (2) calcola la frequenza dei tumori maligni al 15 %. Il mio materiale, di cui si sta preparando la pubblicazione, mi autorizza ad una opinione meno benigna. Per un giudizio definitivo occorrerebbero però delle cifre più cospicue. Ma si può già affermare con sicurezza che: 1.° il cancro dell'ovaio è relativamente frequente; 2.° è dimostrata le possibilità di guarigione, facendo l'ablazione a tempo debito; 3.° anche per questo motivo sarà bene fare più presto che sia possibile l'esportazione dei neoplasmi ovarici, anche se sono ancora piccoli, e se dànno luogo a pochi disturbi, come raccomanda pure Köberle (Gaz. méd. de Strasbourg, 1877, N. 3), ed ho raccomandato io stesso fin dall'anno 1878.

Una *terapia* del cancro dell'ovaio sarà efficace solo se si riesce ad estirpare ancora in tempo un tumore affatto circoscritto. In un caso di mia osservazione, in una donna ancor giovane ho esportato un cistoma dell'ovaio, che offriva rarissime vegetazioni papillari; quando poi la paziente venne a soccombere dopo un anno e mezzo coi fenomeni di ascite, ebbi occasione di constatare che il peritoneo, specialmente dove corrispondeva il moncone del peduncolo, era perfettamente sano. Invece era profondamente degenerata in cancro la cistifellea, e questa era stata la causa della morte. Pur troppo queste malate non si sottopongono che troppo tardi alla cura. Si deve allora limitarsi ad evacuare il liquido ascitico, e a curare i disturbi in via sintomatica. Se non si riesce, si può tentare di ottenere un miglioramento con ampia incisione.

Quando però il peritoneo è affetto, diventa assai grave ogni tentativo di estirpazione, perchè pare tolta la possibilita di fare un peduncolo e di ottenere una emostasi definitiva.

Se Olshausen, riunendo i casi di questo genere, insiste sulla cattiva prognosi dell'incisione esplorativa, io per mio conto non posso che sottoscrivere a questo giudizio. Le ammalate soccombono spesso allo shock operativo, senza apparente influenza dell'emorragia o di una infezione. D'altra parte però ho anche osservato casi di grande sollievo dopo l'incisione, con scomparsa completa dell'ascite.

Se si riflette che il rifiuto di ogni atto operativo toglie ogni coraggio alla povera paziente, che si vede condannata ad un male irreparabile, mentre d'altra parte è fuori di dubbio che spesso per l'apertura del cavo addominale si produce un miglioramento, foss'anche transitorio, non parrà ingiustificata una incisione esplorativa, anche se fatta nelle condizioni le più disperate.

---

(1) A. W. Freund, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., XV.
(2) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XX.

C. — Sarcoma dell'ovaio.

La forma rarissima di degenerazione sarcomatosa (1) dell'ovaio viene descritta come un sarcoma a cellule fusate derivante dallo stroma connettivo dell'ovaio, o come un sarcoma a cellule rotonde, quale l'hanno descritto Beigel e Olshausen (2). La diagnosi di solito è difficile. Il rapido accrescimento, la precoce comparsa di ascite, la peritonite cronica e la cachessia, cui va incontro la paziente, desteranno il sospetto sulla natura del male. La terapia anche qui è di efficacia tanto dubbia quanto nel carcinoma. Nel sarcoma, però, limitato all'ovaio l'operazione assai precoce ha forse una prognosi migliore che nel cancro.

APPENDICE

Tubercolosi dell'ovaio.

Una insorgenza primaria ed isolata di tubercolosi dell'ovaio finora fu descritta soltanto da Klob e Sp. Wells (3). Di solito si tratta di una tubercolosi generale del peritoneo e di contemporanea malattia dell'ovaio. Anche Hegar (4) nella sua memoria sulla tubercolosi genitale, sopra 6 casi constatati all'operazione non ne riporta alcuno di vera tubercolosi ovarica, sebbene le ovaie per lo più si trovassero malate presso la tuba tubercolosa. Questi casi si distinguono per la tendenza a formare delle idropi saccate, e dànno spesso occasione a scambio con tumori e a laparotomia esplorativa. L'ovaio si trova allora coperto più o meno da nodi tubercolosi: è interessato anche il peritoneo, che si trova assai inspessito e vascolarizzato, e aderente in modo affatto atipico alle anse intestinali o ad altri organi. Questi casi di prognosi apparentemente infausta, stando alle mie osservazioni, non offrono però quegli immediati pericoli, che si potrebbero indurre dalle apparenze. Finora ho operato 17 di questi casi; tutte le pazienti si sono riavute dall'operazione, e di sei sento ancora che ebbero per l'operazione un notevole miglioramento. Ho avuto occasione di rivederle; si sono riavute e lasciano l'impressione che l'atto operativo abbia avuto sulla malattia un'influenza favorevole. Esperienze analoghe fecero Schröder e Küster (5), i quali autori fecero in questi

---

(1) Wilks, Transact. of. the pathol. soc. London X, p. 146. — Virchow, die krankh. Geschwülste, I, p. 369. — Leepold, Arch. f. Gyn., VI. — Non mi sembra qui il caso di entrare nella controversia sul carattere endoteliale del sarcoma dell'ovaio; vedi Rosthorn, Arch. f. Gyn., XLI, p. 328.

(2) Beigel. Krank. der weibl. Geschlechtsorgane. 1874, p. 440 — Olshausen: Krankh. der Ovarien, 1886. p. 420. — Klob. Path. Anat. der weiblichen Sexualorgane, p. 372.

(3) Klob, L. c., p., 372. — Spencer Wells, L. c., p. 64,

(4) Stuttgart. 1886.

(5) Küster, Società di Ost. e Gin. in Berlino. 1880.

casi un uso generoso di iodoformio. Io lo usai solo in 4 casi. Negli altri mi sono astenuto dall'uso dell'iodoformio. Anche senza questo mezzo il risultato è stato buono: le malate guarirono, ed erano ancora sane 2 anni dopo. La tubercolina Koch l'ho usata una volta senza successo: so che la malata continuò la cura a casa, ma da un anno l'ho perduta di vista.

6. — L'ovariotomia.

La storia dell'ovariotomia è interessante al più alto grado, perchè questa operazione, che con poche altre è in grado di liberare con sicurezza da un male pericoloso alla vita, e, toltine i casi di ovariotomia doppia, concede una quasi completa restitutio ad integrum, si è portata all'odierna altezza in un periodo di tempo relativamente breve. Dopochè, già nel 17.° secolo, Schorkopf (1) aveva pensato alla possibilità di estirpare l'ovaio, e l'operazione era stata incidentalmente eseguita da diversi autori, spetta indubbiamente a Ephraim Mc. Dowell (2), nel Kentucky, il merito di aver pel primo eseguito una ovariotomia dietro un piano prestabilito. Egli era allievo di Iohn Bell in Edimburgo, e fu dietro proposta del maestro che ideò questo processo (1809). L'operazione si fece strada a poco a poco in America, dove per opera di Atlee (3), Kimball e Peaslee (4) entrò nel campo delle operazioni universalmente accettate: pure anche là non fu che nel 1865 che vennero vinte tutte le opposizioni sollevate contro di essa.

È notevole l'unica modificazione suggerita dagli operatori americani in tutto questo periodo di tempo; quella cioè di far uscire in vagina i fili della legatura a mezzo di un ago passato attraverso al fornice. (A. March). Del resto dalla maggioranza era accettato il trattamento intraperitoneale del peduncolo. In Edimburgo la prima ovariotomia fu fatta da Lizars (5) nel 1824. Senza omettere i nomi di West, di Warner, di Ch. Clay (6), di Bird (7), di Baker Brown (8), è certo che a Sir Thomas Spencer Wells (9) tocca l'onore di aver veramente generalizzato l'operazione. Egli ha elevato a metodo generale la riduzione della ferita addominale alla misura necessaria, il modo di fissare il peduncolo extra-

(1) Schorkopf. diss. inaug. Basel, 1685.

(2) Ephraim Mc. Dowell, London med. Gazette V. p. 36. Eclect. repertory and analyt. rewiew Philad., october 1818. — Vedi anche Lawson Tait, the pathol. and treatment of diseases of the ovaries. London, 1874.

(3) Atlee, Amer. Journal of med. sciences, XXIX.

(4) Peaslee. Ovarian tumors, 1872.

(5) Lizars, Edinb. med. and surg. Journal, october 1824.

(6) Ch. Clay. Med. Times, 1842, VII.

(7) Bird, ibidem, agosto 1843.

(8) Baker Brown. Transact. obstetr. soc. London, 1866, VII.

(9) Sp. Wells. Dubl. quart. Journal 1859. Diseases of the ovaries. London, 1872

peritoneale, la sutura della ferita addominale comprendendovi il peritoneo; e col perfezionare la tecnica operativa si è fatto il maestro di quasi tutti gli ovariotomisti. In Germania la prima operazione fu fatta da Chrysmar in Isny (Würtemberg) nel 1819; parecchi altri tentarono con più o meno successo, e indipendentemente l'uno dall'altro, l'ardita impresa; tuttavia un chirurgo del valore di Dieffenbach ha creduto di dover respingere l'operazione come ingiustificata e troppo pericolosa.

Stilling nel 1841 (1), perciò prima di Spencer Wells, ha raccomandato il trattamento extraperitoneale. Anche E. Martin (2) nel 1849 e nel 1851 adottò con successo lo stesso procedimento. L'inglese Duffin pare che abbia pure usato la fissazione extraperitoneale indipendentemente dagli autori tedeschi, ed Hutchinson nel 1858 proponeva il primo *Klammer*.

La Francia si oppose per lungo tempo all'ovariotomia, e, astraendo da alcuni tentativi non molto fortunati, i primi e brillanti successi datano da Köberle (3), che nel 1864 riferiva già di 12 operazioni, delle quali 9 con esito felice. Oltre a lui, eseguì ovariotomie su larga scala Péan (4).

Mentre Spencer Wells colla sua meravigliosa tecnica, Thomas Keit (5) colla sua eccezionale accuratezza nell' operazione, Peaslee e Köberle colle modificazioni proprie ottenevano risultati discreti, il tentativo fatto da Sims (6) nel 1874 per migliorare la prognosi dell'operazione mediante il drenaggio profilattico dello spazio del Douglas trovò poco favorevole accoglienza.

In Germania si opposero a questa proposta prima Hegar (7) (a differenza di Olshausen) (8), poi più di tutti Schröder (9). Lo slancio preso ai nostri giorni dall'operazione data dall'introduzione del metodo antisettico, che per opera specialmente di Hegar, Schröder e Säxinger fu posto come base all'ovariotomia, coll' adozione dei precetti di Lister Secondo questi, l'essenziale in ognuna di queste operazioni deve essere la più scrupolosa cura per tener lontani i germi di decomposizione. Dalle cautele in proposito, più che dall'uno o dall'altro tecnicismo operatorio, dipenderebbe il successo. Il modo di applicazione lascia però

---

(1) Stilling, Holscher's Annalen, Neue Folge I, 1841 e Extraperitonealmethode der Ovariot. Berlino, 1866.

(2) E. Martin, Die Eierstockswassersuchten, Jena, 1852.

(3) Köberle, Gaz. hebdomadaire, 1886, VII.

(4) Péan, Union méd., 1868.

(5) Th. Keith, British med. Journal, 1878.

(6) New-York med. Journal, 1872-73.

(7) Hegar, Zur Ovariotomie, raccolta di conf. Volkmann, 1877, 109. — Vedi anche Hegar e Kaltenbach. Operative Gyn., 1886.

(8) Olshausen, Berl. klin. Wochenschrift, 1876, N. 10 e 11.

(9) Schröder, Sitzungsber. d. phys. med. Soc. Erlangen, maggio 1875.

campo a molti dubbi, come lo mostrano i risultati di Th. Keith e Lawson-Tait, e quelli di Schwarz nei così detti tempi preantisettici, di fronte a quelli ottenuti da Hegar, da Schröder e da me. L'aver liberato l'ovariotomia da questi speciali precetti e dalla necessità di istrumenti speciali è un nuovo acquisto in questo campo. Oggidì i più sono passati dalla antisepsi alla così detta asepsi.

L'ovariotomia è sempre indicata, quando l'ovaio è degenerato, sia che formi un tumore già voluminoso, od ancora ai primi suoi stadii.

Non si attenda che la malattia si palesi pel durevole aumento di volume o pei processi degenerativi: appena la diagnosi è fatta, l'operazione è indicata.

In secondo luogo è indicata l'ovariotomia nelle infiammazioni croniche dell'ovaio, se per esse vengono a soffrire le facoltà fisiche e psichiche della paziente, se questa ne viene profondamente turbata nelle sue abitudini di vita e nella capacità al lavoro, e se ogni altra terapia si è dimostrata inefficace. Naturalmente, in un caso di questo genere, la donna del popolo dovrà assoggettarsi all'operazione più presto che non la donna della classe agiata, perchè quella deve lavorare e non ha i mezzi per curarsi, mentre questa coi dovuti riguardi e con tutte le immaginabili cure può essere assoggettata a tutti i tentativi terapeutici.

Accanto a queste due indicazioni io non metto la rimozione delle ovaie normali, o castrazione, perchè qui non è più l'ovaio in sè che fornisce l'indicazione, ma una malattia posta al di fuori di quest'organo su cui si spera esercitare un benefico influsso mediante la castrazione; di essa parleremo più avanti.

Date le esposte indicazioni, l'ovariotomia è giustificata non appena è riconosciuta l'esistenza del tumore e l'inefficacia di ogni altra terapia a portare una guarigione radicale. La prognosi dell'operazione è tanto più favorevole, quanto più presto si esporta il tumore, perchè, meno accentuata sarà la vascolarizzazione nella pelvi, meno consumate le forze della paziente per la formazione di aderenze e per le modificazioni in seno al tumore, e meno marcata sarà l'influenza sulla nutrizione della paziente, meno gravi gli eventuali disturbi del circolo e del respiro. Se si aggiunge che le diverse varietà di tumori ovarici sono disposti alle più pericolose trasformazioni, e che la degenerazione maligna è un fatto che si può constatare con una certa frequenza, non si avrà timore di intraprendere l'operazione quanto più presto sia possibile, anche se le pazienti sono relativamente ancora poco sensibili all'influenza del tumore sul loro organismo.

Del resto il numero delle operazioni in questi primi stadii iniziali resterà sempre limitato; è pur troppo un fatto comune che le pazienti si risolvono all'operazione quando sono già in deplorevoli condizioni. Per quanto però infelice sia il loro stato di salute, e le forze sembrino

esauste per le aderenze e per gli attacchi intercorrenti d'ogni sorta, l'operazione si potrà sconsigliare solo in due sorta di complicazioni: 1.° quando è evidente il carattere maligno del tumore, e la presenza di estese metastasi; 2.° quando in altri organi si sono determinate alterazioni tanto gravi da escludere la possibilità di un miglioramento, e perciò nella tisi polmonare, nei vizii cardiaci avanzati, nelle malattie croniche dei reni e del fegato e così via. Prescindendo da queste complicazioni, ritengo mio dovere di operare anche nelle condizioni in apparenza le più sfavorevoli, perchè per lo più sono tali da determinare presto la morte della paziente, mentre l'operazione fornisce ancora un ultima, sebben piccola, speranza di salvezza.

(La mia statistica deve dunque esser considerata da questo punto di vista, e i suoi risultati compariranno allora nel loro reale valore, perchè i miei casi non sono scelti evitando le difficoltà, le aderenze, gli stati febbrili, ecc.).

Devo poi aggiungere in particolar modo, che, a mio parere, nella complicazione di tumore ovarico e gravidanza l'ovariotomia deve farsi il più presto possibile, se appena il tumore ha un certo volume. Ma anche i tumori piccoli si dovrebbero esportare subito, se influiscono sull'utero, o se crescono rapidamente o cadono in decomposizione. Perchè la prognosi di un' ovariotomia durante la gravidanza sembra alquanto migliore che non durante il parto ed i primi giorni del puerperio.

Riguardo alle oscillazioni nelv alutare la prognosi dell'ovariotomia, mi rimetto alle conclusioni di Hofmeier nel suo Trattato di Operazioni ginecologiche (2.ª Ed. 1892, p. 377). Tenendo conto di tutte le complicazioni la mortalità su 4875 ovariotomie si calcola del 13 $^0/_0$.

Alla fine della prima edizione di questo mio trattato (1885) io riferivo che, su cento operazioni eseguite in serie col metodo antisettico, si ebbe un sol caso di morte per sepsi.

Nella 2.ª edizione, 1887, pubblicavo le seguenti cifre:

133 ovariotomie per cistomi con 9 morte.
25 Operazioni per ovarite cronica (1 morta per collasso).
9 Dermoidi (1 caso di morte per collasso).
14 Tumori solidi (6 casi di morte, di cui 4 per sepsi).
12 Castrazioni (1 morta per embolismo).
12 Cisti del legamento largo (nessuna morte).
3 Ovariotomie vaginali.

in tutto 208 con 18 casi di morte = 8,5 per cento; di questi 10 per sepsi = 4,8 per cento. Da allora il numero è sempre andato aumentando nella seguente proporzione:

1887	su 109	laparotomie	58	ovariotomie (1)	con 8	morte
1888	» 120	»	79	»	» 11	»
1889	» 119	»	85	»	» 7	»
1890	» 136	»	104	»	» 4	»
1891	» 173	»	121	»	» 11	»
1892	» 191	»	130	»	» 9	»

Preparativi per l'operazione. — Nell'eseguire l'operazione si seguono oggidì comunemente i seguenti precetti:

1.° L'operazione deve essere eseguita in modo rigorosamente asettico.

A. La camera dell'operazione dovrà essere preparata lavandone le pareti, il soffitto e il pavimento con sostanze di energica azione disinfettante, tra le quali le più opportune sono i preparati di cloro o di zolfo, l'acido fenico ed il sublimato. L'aria dell'ambiente deve essere completamente rinnovata e saturata a mezzo di polverizzatori colle indicate sostanze antisettiche; altri fanno funzionare lo spray anche durante l'operazione. Io dal 1886 non uso più spray durante l'operazione.

Gli strumenti e gli apparecchi vengono parimente disinfettati; e tutto ciò che è metallico viene arroventato nella sterilizzatrice, e da questa vien portato direttamente in acqua sterilizzata, o in soluzione salina pure sterilizzata. Tutta l'acqua da usarsi in questi preparativi e per l'operazione deve previamente esser bollita.

Tutto il personale, che piglia parte all'operazione (assistenti e infermieri), dovrà essere al pari dell'operatore immune da ogni contatto con sostanze settiche. Tutti dovranno prima dell'operazione prendere un bagno e mutarsi completamente d'abiti. Io ho adottato per questo scopo un vestiario in tela che ad ogni volta viene lavato. Quanti hanno parte all'assistenza, si lavano con acqua calda, sapone ed uso generoso della spazzola. Le mani vengono passate in alcool e infine in soluzione di sublimato 1 $^0/_{00}$.

B. Il personale di assistenza dovrà esser limitato quanto più è possibile. Oltre all'incaricato della narcosi, occorre un solo aiuto diretto. In mancanza di un aiuto esperto e di fiducia, che lavi le spugne e porga gli istrumenti, può occuparsene l'operatore stesso.

C. L'armamentario e tutto il materiale da usarsi nell'operazione è riservato alle laparotomie. Gli istrumenti sono: 1 bistorì, 1 paio forbici, parecchi aghi grandi e piccoli, un port'aghi, alcune pinze uncinate e di Muzeux, una grossa pinza a polipi, alcune pinzette e pinze emostatiche.

Io non mi servo più di trequarti: tengo in pronto un aspiratore di Potain con aghi sterilizzati.

---

(1) In questo numero sono compresi i cistomi, i tumori maligni, e le ovarosalpingotomie, perciò anche i casi di ascesso dell'ovaio e contemporanea salpingite purulenta.

Per asciugare e pulire mi servo di spugne finissime preparate colla bollitura in soluzione di carbonato di soda; le conservo poi in soluzione fenica 5 $^{0}/_{0}$, e per l'uso le lavo in acqua sterilizzata, e le afferro con lunghe pinze a polipo munite di fermo. Di volta in volta si spremono in acqua bollita o in soluzione fenica 2 $^{0}/_{0}$. Tutti gli istrumenti a due branche sono fatti in modo da potersi facilmente scomporre: hanno una articolazione analoga a quella del forcipe Nägele.

Per materiale di sutura nella cavità addominale non uso che catgut. Il catgut all'olio di ginepro lo faccio preparare nel mio istituto. Scelto il filo conveniente (marca Wiesner), lo aggomitolo su piastrine di vetro, lo disinfetto per 24 ore in sublimato 1 $^{0}/_{00}$. Di là passa per 8 giorni in una miscela di una parte di olio di ginepro e 2 di alcool assoluto. Questa soluzione si fa torbida. Per conservarlo lo si ripassa in una soluzione fresca, che per un po' di tempo resta limpida. Della seta non mi servo che in via eccezionale nella cavità: per la ferita addominale ne adopero 5-6 punti. Czerny ha dato i precetti per la preparazione della seta come Küster per quella del catgut. La seta intrecciata di Turner, di cui mi servo nelle operazioni ginecologiche, si conserva aggomitolata su piastrine di vetro in una soluzione fenica al due per cento fino al momento di servirsene.

D. La paziente riceve la sera prima un semicupio con acqua e sapone: un bagno completo, se vi è avvezza. Si disinfetta energicamente la vagina. Portata la paziente addormentata nella camera dei preparativi, si radono i peli del pudendo, si lavano addome e vagina con alcool e sublimato, poi si passa la donna nella camera d'operazione.

Chi sia ammesso ad assistere all'operazione, deve astenersi per quel giorno da ogni contatto con sostanze settiche, prendere un bagno e mutarsi d'abito. La temperatura della camera di operazione è la normale, cioè 18° C.

2.° L'operazione deve procedere colla massima rapidità. A questo scopo i preparativi devono essere diligenti e minuziosi, in modo che durante l'operazione il personale assistente abbia sottomano tutto ciò che occorre, senza alcun indugio.

All'andamento rapido dell'operazione contribuisce non poco anche la posizione della paziente. Io, secondo il metodo di Péan, opero da seduto (fig. 200); la paziente vien posta su un tavolo d'operazione costrutto su modello sugger[illegible] dalla signora Horn (1) (fig. 201), e presso al capo si colloca l'assistente cloroformizzatore.

---

(1) Io ne faccio uso dal 1884: fu presentato all'esposizione medica del 1886: il tavolo è in metallo, facile a mantenere asettico. La parte mobile del tavolo permette la comoda applicazione di ogni genere di fasciatura. Per chi voglia operare stando in piedi è necessario allungare un po' di più le gambe del tavolo.

Fig. 200.

Io siedo fra le gambe della donna, che vengono a poggiare sulle

mie ginocchia. Il tavolo poggia in una grande vasca per accogliere i liquidi fluenti.

Oggidì si fa grande uso della posizione inclinata alla Trendelenburg. Io trovo sufficiente l'elevazione naturale del bacino, che si ha portando la donna sull'orlo del tavolo di Horn. Con un cuscino si può eventualmente rialzare ancora più il bacino, ma allora l'operatore deve prendere una sedia più elevata.

Siccome io di solito faccio più di tre laparotomie di seguito (fino

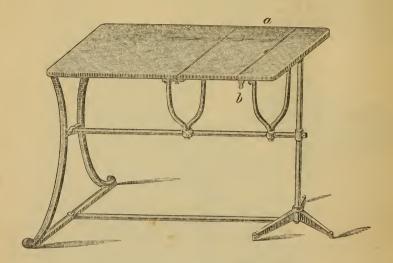



Fig. 201. — Tavolo per laparotomie della Sig. Horn.

ad 8) in un giorno, la posizione seduta mi è necessaria per prevenire l'eccessiva stanchezza.

3.° L'operazione dovrà terminare colla chiusura completa della cavità addominale. Il mezzo più opportuno per ottenerla è il trattamento intraperitoneale del peduncolo.

Esecuzione dell'operazione:

1.° Incisione rapida delle pareti addominali sulla linea alba. I vasi, che dànno sangue, non hanno bisogno di venir allacciati: l'emorragia cessa, se l'assistente vi sovrappone per qualche tempo il dito. Il peritoneo si incide a mano libera se poggia sul tumore: altrimenti lo si solleva con due pinze, e lo si incide. L'incisione prima dovrà misurare da 10 a 15 cent.: per lo più le pareti addominali si incidono un po' più ampiamente. La mano, lavata ancora una volta in acqua sterilizzata, viene spinta sotto la parete addominale per distenderla affine di poter estendere l'incisione: l'ampiezza dovrà essere a seconda del caso: in sè la grandezza dell'incisione non ha nulla di pericoloso, mentre un taglio troppo piccolo prepara delle difficoltà all'operatore.

2.° atto dell'operazione. — Estrazione del tumore. I tumori non aderenti, di modico volume, si lasciano facilmente sollevare dalla mano introdotta nella cavità addominale. Altrimenti lo si caccia fuori premendo colle mani appoggiate all' esterno e in basso ai lati del ventre, o lo si rialza colla mano portata in vagina. I tumori più voluminosi spesso non si possono estrarre se non diminuendone il volume: per far ciò io impianto il bistorì nella parte anteriore della cisti, mentre l'assistente comprime sul tumore le pareti addominali, e previene così, per quanto è possibile, l'ingresso del liquido nel cavo addominale.

Quando è fluita una sufficiente quantità di liquido, si torna a chiudere l'incisione con una pinza emostatica, e si estrae il tumore servendosi al bisogno di una pinza Muzeux.

Molto spesso, estratto il tumore, le pareti addominali si riuniscono dietro esso tanto strettamente, che le anse intestinali non hanno alcuna tendenza a fuoruscire, e solo il peduncolo si fa strada attraverso la ferita. Altrimenti l'assistente potrà facilmente trattenere le anse: una spugna larga imbevuta di olio caldo sterilizzato viene sovrapposta alle anse e chiude il ventre. (Riguardo a maggior fuoruscita di anse, vedi più avanti).

3.° atto dell'operazione. — Trattamento del peduncolo.

Il trattamento extraperitoneale oggidì è completamente abbandonato. (Vedi per la storia in Olshausen, Malattie delle ovaie, p. 245 e seg.).

Nel metodo intraperitoneale si dispiega il peduncolo, e lo si stringe segmentandolo con fili robusti. Io faccio uso di aghi comuni curvi con fili di catgut: col primo filo allaccio il legamento infundibolo pelvico. col secondo l'estremo uterino; il terzo ago abbraccia tutto il restante tessuto: questo filo serve come legatura in massa abbracciando gli altri due.

Il tumore viene esportato, lasciando un sufficiente strato di tessuto sopra la legatura. Se il peduncolo non dà sangue, lo si abbandona nella cavità peritoneale. Occorrendo, si potrà fare qualche altra allacciatura. Se il peduncolo è molto largo, occorrono parecchi fili; in questi casi io uso rivestire la superficie di sezione avvicinando sopra ad essa gli orli peritoneali con una sutura continua.

Per esaminare gli altri organi pelvici si introdurrà la mano nel bacino. Se si tratta di una ovariotomia semplice non è necessario toccare ancora il peritoneo con spugne, ma si passa subito al

4.° tempo dell'operazione. — Chiusura della ferita addominale. Sotto la breccia si passa una spugna grande e piatta bagnata in olio d'olive sterilizzato, e al disopra di questo si pratica la sutura fino ai due punti mediani. Questi ultimi si chiuderanno dopo tolta la spugna. I punti profondi si impiantano nella cute dall'esterno, a 1 cent. circa di distanza dal margine della ferita, passano per tutto lo spessore della parete, ed escono dalla sierosa in grande vicinanza all'orlo libero del peritoneo,

quindi dall'altra parte si impiantano nel peritoneo in vicinanza all'orlo libero, e si fanno escire dalla cute a 1 cent. circa di distanza dalla ferita. Quando le pareti addominali sono flosce, prima di chiudere i punti di mezzo bisognerà far uscire per pressione ad ambo i lati l'aria. Fra i punti profondi se ne mettono alcuni superficiali di catgut per ottenere un esatto combaciamento della cute.

5.° tempo dell'operazione. — Medicazione della ferita addominale. Io, dopo aver pulito il ventre, metto sulla ferita una striscia di garza al-

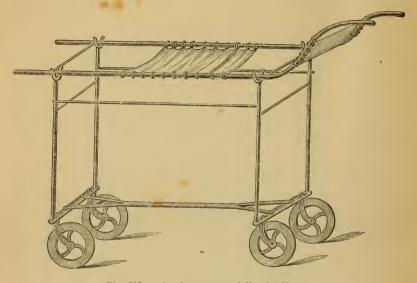



Fig. 202. — Lettiga a ruote della sig. Horn.

l'iodoformio, poi parecchi strati di cotone sterilizzato, che vengono tenuti in posto e modicamente compressi mediante giri con bende di garza. Le bende, bagnate nell'acqua sterilizzata e spremute, asciugando, si adattano alla forma del corpo, formando una medicazione solida, che non disturba quasi affatto la paziente. Questa, avvolta in una coperta di lana, viene riportata a letto (io mi servo della lettiga scorrevole su ruote (fig. 202). Con questa la paziente viene ricondotta nella sua camera, passando per locali che abbiano una temperatura uniforme.

Messa nel suo letto, che non è necessario sia isolato, si pone una grossa vescica di ghiaccio sul ventre, bottiglie d'acqua calda ai lati, e si abbandona l'operata, affidandola alla sorveglianza di un'infermiera. Al momento del risveglio spontaneo la paziente riceve una iniezione di morfina.

Una ovariotomia semplice di questo genere richiede di solito, dall'incisione delle pareti fino a medicazione completa, soltanto 8 o 10 minuti.

Complicazioni.

Tutti i singoli momenti dell'ovariotomia possono presentare delle complicazioni.

1.° Prima di tutto talvolta si incontrano non lievi difficoltà da parte delle pareti addominali, non solo per eccessivo sviluppo di adipe, ma anche perchè i diversi strati di grasso possono insinuarsi fra i fasci muscolari e le fasce aponevrotiche e spingersi fino a ridosso del peritoneo. Ne può venire assai difficoltata l'apertura della cavità peritoneale. In simili casi ho trovato conveniente di allungare l'incisione, che si rende così più beante: si può incidere anche il bellico e di lì passare un dito sotto le pareti cariche di grasso. Colla protezione del dito le forbici cubitate varranno ad incidere il peritoneo. È piuttosto raro incontrare difficoltà per notevoli emorragie nello spessore delle pareti, e dover ricorrere per arrestarle alla torsione o all'allacciatura.

2.° Aperta la cavità addominale, il progredire dell'operazione può essere anzitutto ostacolato dalle aderenze della superficie del tumore cogli organi vicini. Queste aderenze, finchè si limitano alle pareti addominali, si lasciano di solito sciogliere facilmente, senza che si abbia grave emorragia dalle superfici staccate. Se un vaso dà molto sangue, lo si allaccia separatamente: se si tratta di superfici sanguinanti, si ricorre con vantaggio ad una sutura speciale attraversando l'area sanguinante da 4 parti con un filo. Annodando il filo, il punto da esso serrato si eleva come un bottone carnoso in mezzo al filo stesso sporgendo nel lume della cavità addominale, e l'emorragia si arresta.

Le aderenze colle anse intestinali esigono sempre di essere staccate colla massima cautela, e ciò si deve far naturalmente a spese del tumore: se lembi del tumore restano aderenti alle anse, si possono distaccare successivamente. Ma se, nonostante tutte le precauzioni, si lacera la sierosa, o, come ho visto qualche volta, anche la muscolare, si è spesso costretti a frenare l'emorragia ed ancor più a rimediare al difetto di sostanza e renderlo innocuo. In questi casi io tento ravvicinare i margini del peritoneo con *sutura da calzolaio,* e, se ciò non è possibile, mi contento di arrestare l'emorragia parenchimatosa, toccando il punto sanguinante con soluzione di percloruro di ferro o con olio di trementina. Se la parte aderente è l'appendice vermiforme, e non si riesce a isolarla, taglio corto, recidendo l'appendice al disotto di una legatura. Se una ferita eventuale si spinge fin nel lume dell'intestino, bisogna naturalmente procurarne la riunione immediata con punti staccati in seta a più strati.

Le aderenze col fegato si osservano piuttosto di rado. Mi ricordo specialmente di un caso nella clientela di mio padre; l'emorragia da la-

cerazione del fegato fu arrestata col percloruro di ferro; la guarigione seguì senza incidenti.

Molto più difficili sono a trattarsi le aderenze, che si trovano nel piccolo bacino. Io spingo il dito fra il tumore e l'organo aderente, cercando così di scollarlo. Se il tumore ha sviluppo sottosieroso, incido il peritoneo, per completare l'enucleazione colle dita: è raro che il fondo della ferita dia sangue. Le superfici sanguinanti vengono trattate con sutura da materassaio; se possibile si riuniscono sopra ad esse i margini del peritoneo. Ben di rado mi occorre ricorrere al percloruro di ferro, ed ho molto ristretto anche l'uso di drenare verso la vagina le cavità sanguinanti per chiuderle verso l'alto.

Il drenaggio del resto in questo punto si attua con grande facilità. Si impianta una robusta pinza a polipi nel fondo dello spazio del Douglas e attraverso al fornice posteriore, che si tiene disteso con due dita introdotte in vagina. Alla pinza riuscita in vagina si affida il tubo da drenaggio, che si porta con essa in cavità.

3.° Parecchi descrivono quale complicazione assai pericolosa la fuoriuscita delle anse intestinali durante l'operazione. Per mia esperienza non posso accettare l'interpretazione grave, che si dà a questa cosidetta complicazione. La fuoruscita dell'intestino non è per sè pericolosa (1). Con una assistenza abile è raro non si possa evitarla. Negli ultimi tre anni non ho ricorso che eccezionalmente ad una eventrazione dell'intestino, e solo in piccola estensione. Prima in più del 90 per cento delle mie operazioni io tiravo al di fuori l'intestino, adagiandolo sulla superficie dell'addome, ed avviluppandolo in una pezza riscaldata e bagnata in una soluzione allungata di acido fenico. L'intestino vi restava fino alla fine dell'operazione; se questa andava in lungo, vi si sovrapponeva una nuova pezza calda.

4.° Se ambedue le ovaie sono ammalate, è meglio esportarle tosto ambedue. Siccome a questa doppia esportazione succede la cessazione dei mestrui e la sterilità, ci dovremo prima rivolgere seriamente la questione se il male in discorso non sia ancora suscettibile di regressione. Un follicolo semplicemente idropico si può vuotare colla puntura, una cisti piccola si può resecare, e conservare la restante parte sana dell'ovaio. La resezione consigliata da Schröder (Zeitschr. f. Geb. und Gyn. XI, pag. 358) io l'ho usata su larga scala, e posso caldamente raccomandarla (2).

Il vantaggio di conservare la mestruazione e l'ovulazione è così rilevante, da compensare anche l'eventualità di un'ulteriore ripetizione della malattia nell'ovaio resecato.

---

(1) Olshausen, Società di Ost. e Gin. in Berlino, 28 nov., 1887 e Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XIV esternò una opinione diversa.

(2) Schatz, Centr. f. Gyn., 1885, N. 23.

5.° La laparotomia ripetuta su una stessa persona non presenta speciali difficoltà, come io posso dire per esperienza (1). Io incido presso la vecchia cicatrice, oppure taglio la cicatrice stessa, per poi resecarla. Per lo più si trova l'omento, e spesso anche le anse intestinali, aderenti alla cicatrice: mi pare però che l'uso della spugna inzuppata d'olio abbia reso più rare queste aderenze. Se ve ne sono, le stacco, se ciò è facile; altrimenti penetro lungo esse in profondità.

6.° Una volta si dava importanza speciale alla *toilette* del cavo peritoneale, da farsi prima della chiusura della ferita addominale. Io mi scosto alquanto da questo precetto. Nelle ultime 1000 laparotomie non ho asciugato a fondo nè il sangue, nè il semplice contenuto cistico, nè il pus, come usava fare prima, nè ho versato nel cavo addominale degli interi bacini di acqua fenicata. Allontano solo i grossi coaguli e le raccolte di liquido: tutto il resto, se l'operazione è asettica, vien tollerato senza reazione dal peritoneo. Mi pare assai più importante terminare presto l'operazione, che non tentare l'impresa, del resto molto problematica, di asciugare ogni plica del peritoneo, questo importantissimo organo assorbente.

Cura consecutiva.

Finchè esiste vomito, o anche solo tendenza al vomito o eruttazioni, le malate dovranno osservare un perfetto digiuno. Durante questo tempo si somministra morfina a larga dose. Cessati il vomito e le nausee, alle operate, tormentate per lo più da sete ardente, si darà qualche cucchiaino di acqua, di caffè, di latte, di vino annacquato, al bisogno di vino forte, di Champagne. Se anche con queste bevande non vomitano, si passa ai brodi, al latte, alle zuppe. Per le urine si provvede col cateterismo. Di regola dal secondo al quinto giorno l'intestino comincia a muoversi: è un buon segno la spontanea emissione di gaz; se questa non si avvera al terzo giorno, si introdurrà nel retto una supposta, occorrendo anche una cannula rettale; per essa si eliminano i gaz con forte rumore. Al quarto giorno si toglie la vescica di ghiaccio, si somministra un purgante, olio di ricini in capsule, o nel caffè o nella birra spumante o una mistura di senna o tamarindi, o un purgante salino. I clisteri eccitano spesso il vomito, e perciò ne faccio poco uso. Ottenuta una evacuazione alvina, comincio a somministrare vitto carneo; prescrivo un piatto abbondante di carne (specialmente di volatili), del latte, del vino, e quanto altro è tollerato.

La medicazione si cambia solo in ottava o decima giornata, e per lo più si tolgono allora tutti i fili in una volta sola; si evita il divari-

(1) Martin, Die an derselben Person wiederh. Laparotomie, Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., XXX.

camento con strisce di cerotto; sopra queste degli strati di cotone tenuti in posto con una fascia a corpo ben serrata. Si lasciano così le malate a letto ancora per qualche giorno; si lasciano sedere sul letto verso l'undicesima o tredicesima giornata, e si permette loro di alzarsi quando lo concede il ritorno delle forze.

Per sorreggere le pareti addominali si fa portare una robusta ventriera, come quella preparata a mia richiesta da Beely (1) (figura 203 e 204). Il maggior numero dei casi guariscono per prima intenzione

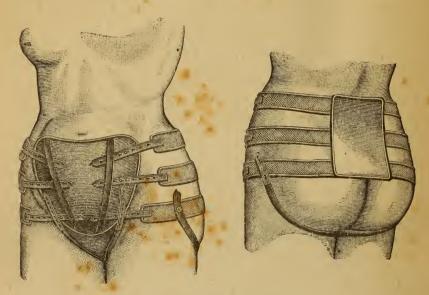



Fig. 203. 204. — Ventriera di Beely.
Piastra anteriore. Piastra posteriore.

senza alcuna secrezione. Al 15-16.° giorno la maggior parte delle ovariotomizzate vengono dimesse. Le donne, che per l'avanzato deperimento delle forze richiedono una lenta convalescenza, o hanno un lungo viaggio a fare per ritornare in patria, naturalmente prima di venir dimesse dovranno aumentare la propria forza di resistenza con passeggiate a piedi e in carrozza.

Il riposo tranquillo a letto pare che nelle laparotomizzate, che del resto sono già esauste in sommo grado per le passate sofferenze, aumenti la tendenza alla formazione di trombi. Dopo che ho perduto una operata di ovariotomia per embolismo al primo sorgere del letto, ed una di miomotomia, già guarita, nel primo uscire di casa, preferisco tenere le pazienti a letto non più di 13-14 giorni.

(1) Deutsche mediz. Wochenschr., 1886, N. 46.

Complicazioni della convalescenza.

Nel regolare decorso di questo periodo possono insorgere delle complicazioni, di cui non si può che difficilmente segnare una terapia comune. Anzi contro una serie di questi disturbi anche oggidì la terapia si mostra fino ad un certo grado impotente. Quasi assolutamente nulla posso affermare l'esito della cura nella infezione settica. Per quanto si faccia, nessuno dei mezzi finora noti non ci fornisce sicurezza di combattere efficacemente questo terribile fra i nemici della laparotomia. Un peritoneo sano è più soggetto ad infettarsi che uno malato.

La sepsi nelle laparotomie si estrinseca con gran frequenza in forma di peritonite. Da ciò il progetto di svuotare la cavità addominale, di rimuovere, o almeno disinfettare con una qualche specie di drenaggio l'essudato peritoneale, il supposto mezzo di coltura dell'infezione settica.

L'esperienza parla contro il drenaggio tanto profilattico che secondario (1).

Fra le altre complicazioni nella convalescenza dell'ovariotomia, noto la paresi intestinale, le emorragie consecutive, e la formazione di ascessi nelle pareti addominali.

1.° Se il torpore del moto peristaltico colla distensione meteoritica dell'addome produce già per sè rilevanti disturbi, questi si fanno molto più accentuati nelle laparotomizzate. I moti dell'intestino, che si avverano tumultuosamente ad intervalli, riescono assai dolorosi, e le pazienti sono in preda ad una grande irrequietudine, finchè vengano emessi i gaz e il contenuto intestinale per la via dell'ano. Non di rado la temperatura si eleva bruscamente, per ridiscendere dopo vuotato l'intestino (vedi anche E. Fränckel, Congresso dei naturalisti tedeschi in Magdeburg, 1884).

In alcuni casi, dei quali non è chiara l'eziologia, non si avvia il moto peristaltico. La lunga esposizione dell'intestino all'esterno durante l'operazione non vi ha certo alcuna influenza, posso assicurarlo per la mia vastissima esperienza in proposito. Piuttosto sono proclive ad ammettere una predisposizione nei casi, in cui le pareti addominali furono eccessivamente sfiancate da pregresse gravidanze, o dallo sviluppo stesso del tumore. Ne deriva una inflessione dell'intestino, con o senza aderenze peritoneali: senza prove positive, io inclino però a credere che in questi casi si tratti di una forma ancora non nota di sepsi. Dopo un periodo di relativa euforia le pazienti verso il 6.° giorno in questo stato subparalitico dell'intestino, senza aver avuto emissione alcuna di gaz, si vedono rapidamente peggiorare: la frequenza del polso cresce senza

(1) In Germania sono in pochi ad usare ancora il drenaggio, e solo per casi speciali: in America si legge sempre di discussioni pro e contro.

aumento di temperatura: si ha vomito dapprima biliare, poi di materie tinte di sangue, infine ileo e morte dopo lunga agonia.

All'autopsia non si trova traccia alcuna di peritonite o di sepsi, quasi nemmeno una sospetta reazione della ferita, e le colture non forniscono alcun cocco caratteristico. Talvolta si trova una inflessione ad angolo dell'intestino, talvolta un tratto di intestino completamente paralizzato. In simili casi ho fatto ricorso a tutte le sorta di evacuanti, per la bocca e pel retto, senza esito uniforme.

In modo ottimo agiscono il massaggio, le applicazioni terebentinate sul ventre, e la faradizzazione: appena che con questi mezzi si sia provocato il movimento nelle anse intestinali, le pazienti si trovano assai migliorate. Colla prima evacuazione scompare l'ansia, diminuisce la frequenza del polso, cede il vomito, e la convalescenza si avvia in modo regolare.

La puntura dell'intestino meteorizzato proposta da Schultze fu da me esperimentata senza successo. Anche l'apertura del ventre per rompere le aderenze o togliere le inflessioni non mi ha dato alcun successo nei casi recenti, mentre mi ha giovato nelle inflessioni, che duravano da anni dopo la laparotomia, e che dettero luogo improvvisamente ad ileo.

2.° Una emorragia per rilasciamento di qualche legatura sul peduncolo può condurre a morte in modo così rapido da rendere impossibile ogni intervento; lo dimostrano gli esempî sparsi nella letteratura ed un caso operato da un mio collega, ed a cui io assistevo.

Solo nel 1891 ho visto una di queste emorragie secondarie, che mi diede speranza di poter essere arrestata coll'apertura del ventre. Dopo una miomotomia ed una difficile enucleazione del tumore aderente nello scavo, la paziente cadde in collasso. Due ore dopo l'operazione riapersi il ventre, trovai fra le aderenze il punto sanguinante, e lo chiusi. Dopo una iniezione di soluzione salina la paziente parve riaversi; però subentrò presto abbattimento, e quindi la morte. All'autopsia si trovò essersi verificata una nuova emorragia parenchimatosa, sebbene di poca estensione.

Si potrebbe in casi consimili eventualmente riaprire il ventre e andare alla ricerca del peduncolo: ma l'esito di un tale procedimento mi pare assai problematico.

Ci guarderemo bene dal confondere con una emorragia interna i casi di intossicazione fenica, dei quali uno solo ho visto veramente tipico. In questa donna io aveva esportato le due ovaie cistiche con una operazione decorsa nel modo più semplice e rapido. Nel corso del pomeriggio si ebbe collasso, scomparsa del polso, angoscia, dispnea, perfrigerazione delle mani, rialzo della temperatura del corpo; la paziente offriva tutto il quadro di una profonda anemia. Non mi potei risolvere ad ammettere che le legature applicate con tanta diligenza avessero ceduto, e mi decisi ad aspettare, somministrando degli analettici. Verso sera insorse grande irrequietudine; feci una iniezione di morfina; la paziente si addormentò, e al suo risveglio il polso

si era rialzato, era scomparso il sudore vischioso sulla cute, si era equilibrata la temperatura al tronco ed alle estremità ritornando alla norma: e la paziente si riebbe, nel mentre le urine pigliavano la nota colorazione fenica. Il successivo decorso della convalescenza fu perfettamente regolare.

3.° Gli ascessi delle pareti addominali si verificano specialmente quando queste hanno un ricco strato adiposo, e quando durante l'operazione furono esposte a forti stiramenti. Con speciale frequenza dà luogo ad ascessi quell'angolo della ferita, che si spinge verso il monte di Venere. Perchè l'infezione della ferita si localizzi proprio qui non è spiegato a sufficienza dall'eventuale contatto con secreti decomposti che vi scorrono sopra. Per lo più questi ascessi dànno luogo in quarta o quinta giornata a lievi dolori in corrispondenza della ferita, e in sesta o settima a un certo rialzo vespertino della temperatura. In questi casi si deve togliere subito la fasciatura e continuare con una medicazione asciutta. Si sovrappone del cotone asciutto che viene rinnovato ogni 24 ore. Quando comincia la riparazione, vi si spolvera dell'iodoformio o si toccano le granulazioni con tintura di iodio. Alcune volte gli ascessi non si fondono che assai lentamente, e solo dopo parecchi giorni si evacuano con vivi dolori ed elevazione termica. In questi casi ho sempre trovato guarita la ferita peritoneale, e sempre vidi questi ascessi limitarsi, se non intempestivamente irritati, alla parte superficiale della ferita. Una troppo zelante cauterizzazione delle superfici granulanti può avere per effetto la mortificazione delle parti vicine in apparenza già guarite. Di solito per un ascesso anche esteso con questa semplice cura bastano quattordici giorni ad ottenere un prosciugamento completo, sicchè la paziente dovrà tardare alquanto a lasciare il letto. Finora ho visto solo in 9 casi la formazione di un ascesso esteso delle pareti addominali in seguito a laparotomia.

In donna eminentemente scrofolosa, che soffriva in pari tempo di un catarro degli apici, avevo fatto l'ovariotomia per un tumore a sviluppo intralegamentoso con contenuto purulento. La prima settimana dopo l'operazione decorse regolarmente, poi si svolsero i sintomi del flemmone addominale. La suppurazione si estese assai, ad onta della cura attuata: praticai delle controaperture, cauterizzai le granulazioni, ricorsi a bagni, ai ferruginosi, al cambiamento d'aria, alle più scrupolose cure igieniche. Ancora dopo 14 mesi la paziente presentava una superficie granulante e secernente in corrispondenza alla linea di cicatrice, ma, miglioratesi negli ultimi tempi le condizioni generali, migliorò anche lo stato locale. Analogamente decorsero gli altri casi.

Cicatrizzata la ferita, rimangono talvolta aperti i tragitti dei punti o qualche piccola granulazione sulla linea d'incisione. Per ottenerne la guarigione ricorro alle cauterizzazioni ripetute con tintura di iodio, ma anche qui bisogna andar cauti, perchè coi caustici si potrebbe distruggere la delicata cicatrice.

Un caso eccezionale di dilazionata cicatrizzazione di questi tragitti fistolosi lo vidi nel suddescritto caso di intossicazione fenica. Dimessa la donna, una zelante infermiera tormentò il tragitto secernente con un ferro da calza, dando luogo ad un focolaio di suppurazione, che si estese fino al fornice vaginale. Io dovetti con una pinza a polipi forare questa sacca verso la vagina e introdurvi un drenaggio, che in 4 settimane ne determinò l'apparente guarigione. Tolto il tubo, si dovette rimetterlo dopo circa 3 settimane e lasciarlo ancora per circa 8 settimane prima di ottenere una guarigione completa. Alla seconda introduzione del tubo si determinò per qualche tempo uno sgocciolio di urina, che cessò senz'altro da sè.

Due altri casi soccombettero ad un tentativo di cura operativa del tragitto fistoloso.

Io consiglio alle pazienti, che vengono dimesse, di portare ancora per molti mesi la descritta ventriera, di astenersi dai lavori faticosi e di prendersi parecchi intervalli di riposo nella giornata. Anche con queste cautele non si può evitare in modo assoluto la divaricazione dei margini della ferita, e lo sviluppo di un'ernia addominale. In questi casi non resta naturalmente che di portare continuamente una fasciatura munita di un adatto cuscinetto. I tentativi di cura operativa, per quanto mi è noto finora hanno sempre dato dei risultati molto dubbî. Se accade di ripetere la laparotomia sulla stessa donna si esporterà l'antica cicatrice, se rilasciata: la nuova ferita guarisce di solito per prima intenzione; ma anche quelle che guariscono per seconda finiscono col diventare salde e resistenti.

Complicazioni inesplicate della convalescenza sono la parotite e le psicosi.

La parotite (1), secondo v. Preuschen, sarebbe dovuta alla penetrazione di germi nella parotide in seguito alla diminuita pressione di secrezione. La complicazione è rara: io ne vidi solo 4 casi, di cui uno passò ad ascesso: la si ritiene piuttosto grave, perchè non di rado minaccia direttamente la vita, e ad ogni modo disturba molto la convalescenza. Le mie malate guarirono.

Le psicosi (2), secondo la mia esperienza, si sviluppano sempre sulla base di pregresse malattie del cervello. La loro prognosi è tanto più grave, quando la convalescenza è complicata da una infezione settica della cavità addominale.

Conviene distinguere dalle psicosi il delirium tremens, che ho visto 6 volte nelle mie operate. 2 appartenevano alla classe delle operaie, 3 erano chellerine dedite all'abuso degli alcoolici, 1 una giovine maestra che combatteva con forti dosi di alcool i suoi attacchi nervosi. L'uso in tempo opportuno di cognac mi giovò sempre contro questa complicanza.

(1) Bumm, Münchener med. Wochenschr., 1887, N. 10.

(2) Arndt, Beitr. z. Geb. u. Gyn. Berlin, 1873. — Gnauck, Soc. di Ost. e Gin. in Berlino, 1887. — Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., XIV.

Le controindicazioni all'ovariotomia vennero sempre più limitate nel decorso di questi ultimi anni: dobbiamo però riconoscere anche oggidì alcuni limiti insormontabili all'operazione.

Oltre ai casi di degenerazione maligna avanzata del tumore e del peritoneo, di gravi malattie generali, e a quelli in cui la cachessia determinata dal tumore esclude ogni atto operativo, o rende troppo pericoloso il trauma esteso inerente all'operazione, possiamo essere costretti a rinunciarvi anche dalle aderenze generali del tumore.

In tali casi di aderenze la parete cistica può trovarsi intimamente fusa colla parete addominale, cosicchè l'isolamento richiede di scollare una estesissima superficie di sierosa. In queste aderenze si consigliò di allacciare i vasi afferenti al tumore (1). Ove ciò sia possibile, troverei plausibile una simile proposta. Più spesso accadrà di doversi limitare allo svuotamento del tumore ed a fare una semplice laparotomia esplorativa in luogo della progettata ovariotomia. Queste laparotomie esplorative, se condotte in modo asettico, non hanno in sè alcun pericolo. Il pericolo deriva piuttosto dal collasso, che minaccia seriamente queste donne esauste in alto grado dall'accrescimento e dalla distensione di questi tumori. La mortificazione della parete cistica di solito si può evitare, e, se si pratica un drenaggio verso la vagina, e di lì si procede alle necessarie disinfezioni, chiudendo in alto la cavità verso l'addome, le pazienti possono risentirne un miglioramento essenziale. Ma, nei casi di questo genere, che io ho veduto, le donne presto o tardi vennero a soccombere per la progressiva cachessia, per lo più rimanendo asettiche la ferita e la cisti. Non mi pare un metodo molto commendevole nemmeno quello di suturare la parete cistica alla parete addominale e mantenere in comunicazione il sacco cistico colla ferita dell'addome, per poi sorvegliare il processo suppurativo. Sarebbe meglio chiudere la cavità addominale, e se si svolgono minacciosi processi nel sacco, dargli uno sfogo con un drenaggio in vagina.

Una volta si aveva grande timore di fare delle laparotomie, finchè duravano recenti processi infiammatorî, e si evitavano anche i processi cronici colle tanto frequenti riacutizzazioni. L'esperienza dimostrò ingiustificati questi timori. La peritonite acuta, qualunque sia la sua causa, viene appunto troncata di botto dalla laparotomia. Anche le forme croniche e subacute guariscono, di solito quando sia esportato il focolaio della malattia; anzi nella laparotomia bisogna non di rado cercare l'ultimo rimedio per queste affezioni croniche. Esportando l'organo malato e disinfettando il focolaio peritonitico, per lo più la guarigione è pronta e completa.

---

(1) Hegar e Kaltenbach, III ª Ed., p. 336.

Per l'esperienza, che ho in proposito, sono perfettamente d'accordo in ciò con Keith e Schröder, Hegar, Olshausen (1). Se si evacua il pus e si disinfetta la cavità addominale, la temperatura discende subito, e spesso riesce sorprendente la regolarità della guarigione.

7. — La castrazione.

Dicesi *castrazione* l'esportazione delle ovaie sane, fatta a scopo di sospendere l'ovulazione e la mestruazione.

Il merito di aver introdotto nell'odierna pratica questa operazione spetta ad Hegar (2), che in unione coi suoi allievi (3) ha dato una soluzione scientifica e pratica a questo problema. Coincidono cronologicamente colla sua operazione la prima di Battey (4), di Trenholme (5) e di Peaslee (6); e specialmente il primo si è garantito una priorità letteraria per l'epoca della sua pubblicazione, che però fu danneggiata dall'essere apparsa in un giornale difficilmente accessibile. Fra i numerosi autori, che successivamente si occuparono della questione, merita un posto a parte Lawson-Tait (7), sia per gli estesi confini, che egli diede alle indicazioni della castrazione, sia per lo speciale metodo operativo e pei suoi successi, infine per la teoria che egli ha innalzato sulla importanza relativa delle ovaie e delle tube nella vita sessuale della donna. Io, nella 2.ª edizione della Reale Enciclopedia di Eulenburg, all'articolo castrazione, mi avanzai a sostenere che i casi di estirpazione di ovaie malate non devono comprendersi in questo capitolo: essi appartengono alle ovariotomie od alle ovariectomie. Limitando il concetto della castrazione alla ablazione di ovaie sane, si potrà meglio apprezzare il problema della castrazione in tutto il suo significato, e si potrà precisarne il valore pratico; opinione questa, a cui si associò Schröder nella 7.ª edizione del suo trattato, nonchè Olshausen (8), Hofmeier (9) ed altri.

---

(1) Die Krankheiten d. Ovarien, 1886, p. 399.

(2) Hegar, Die Castration der Frauen, nelle Conferenze Volkmann, 1878. — Zur Extirpation normaler, und nicht zu umfänglicher Geschwülste entarteter Eierstöcke, Wiener med. Wochenschrift, 1878, N. 15, e Centralbl. f. Gyn. 1877, N. 17. 1878, N. 2. — Ueber Castration, alla sez. ginec. del congresso di Baden-Baden; Centralbl. f. Gyn. 1879, N. 22. — Die operative Gynäkologie, 1886, III.ª Ed., §§ 55-60. — Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden und die Castration bei Neurosen, 1885.

(3) Stahl, Deutsche med. Wochenschr., 1876, N. 50. — Tauffer, Pester med. chir. Presse. 1878. — Turban e Wiedow, Diss. inaug. Freiburg. — Tauffer, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., IX. — Schmalfuss, Arch. f. Gyn., XXVI.

(4) Battey, Atlanta med. and. surg. Journal, sett. 1872 e 1873. — American Practit., 1875. — American gyn. Society, 1876 e 1877.

(5) American Journal of Obstetrics, 1876, p. 702.

(6) Transact. of American gyn. Society, 1876, p. 349.

(7) Brit. med. journal, 1879, N. 984, p. 730.

(8) VII.ª Ed. del Trattato di Schröder.

(9) Grundriss der gyn. Operationen III.

Coll'esportazione di ambedue le ovaie:

1.° cessa la mestruazione: possono bensì talvolta avverarsi ancora delle perdite sanguigne, sia subito dopo l'operazione, sia a lunghi intervalli quasi sempre irregolari: se i monconi dell'ovaio cicatrizzano in modo regolare, la mestruazione cessa sempre come funzione normale; secondo le mie osservazioni, queste perdite, analoghe alle mestruali, ma irregolari per periodo e per intensità, si avverano specialmente quando le cicatrici sono sorgente di irritazione peritoneale, oppure quando si sviluppano altre malattie o neoplasmi: irregolarità singolari, ne ho visto per operazioni di miomi e per salpingotomie.

2.° si atrofizza l'utero analogamente a quanto avviene per il normale sopraggiungere dell'età critica; un analogo processo regressivo lo subiscono anche gli altri segmenti del canal genitale, e si fanno manifeste le sensazioni subbiettive, delle quali si lamentano le donne all'epoca della menopausa: senso di vampa, cardiopalmo, sudori profusi. Certo non si deve credere del tutto spenta la possibilità di neoformazioni uterine. Rimosse le due ovaie ho visto crescere rapidamente dei nodi fibrosi fino ad allora inavvertiti.

3.° le donne diventano sterili, senza diventare inette alla coabitazione.

L'indicazione generale portata da Hegar nella 3.ª edizione della sua ginecologia operativa (pag. 335) dice presso a poco così: « Si farà la castrazione nelle anomalie e malattie che portano immediato pericolo di vita o che porterebbero presto alla morte, o che hanno per conseguenza uno stato di marasma persistente e progressivo, tale da impedire il godimento della vita e le occupazioni. Si presuppone che i procedimenti meno radicali o non lascino sperare alcun effetto, o siano già stati tentati invano, mentre l'esportazione delle ghiandole sessuali può guarire il male ».

Accettando l'indicata definizione, non si possono ammettere fra le indicazioni speciali di Hegar quelle che si riferiscono all'operazione di piccoli tumori ovarici e di piccole degenerazioni cistiche dei follicoli e dello stroma; queste appartengono alle indicazioni dell'ovariotomia. Così la sesta fra le indicazioni di Hegar, fornita dalle infiammazioni croniche della tuba, del peritoneo e del parametrio, originate primitivamente nell'ovaio, o mantenute dall'ovulazione, deve annoverarsi fra le indicazioni delle salpingotomie e nella terapia della pelveoperitonite cronica.

Invece rimane generalmente riconosciuta l'indicazione alla castrazione nei difetti di sviluppo e nella mancanza dell'utero, e nelle atresie del canal genitale con ovaie funzionanti normalmente, nonchè negli stati dell'utero e della vagina, che impediscono la escrezione del sangue mestruale.

È relativamente raro trovare delle ovaie in piena funzione, con ar-

resto completo di sviluppo del resto dell'apparato genitale: l'impossibilità di una guarigione in questi casi di arresto di sviluppo giustifica pienamente la castrazione.

Lo stesso si deve dire per le atresie congenite od acquisite non suscettibili di cura: gli spostamenti delle ovaie, che figurano spesso fra le indicazioni nella letteratura americana, sono da ammettersi solo quando lo spostamento è irreparabile e dà luogo a serî disturbi.

Le malattie dell'utero non possono fornire una indicazione altrettanto incontrastata alla castrazione. Trenholme pel primo ha operato nei miomi, Battey nella dismenorrea ed Hegar nella dismenorrea e nevralgia ovarica. Coll'ultima operazione si esportarono ovaie malate; perciò, stando alla definizione data, non sarebbe da registrarsi nel capitolo della castrazione. Poi la castrazione fu fatta per profuse metrorragie (A. Martin e Olshausen) e per iperplasie croniche, senza o con contemporanee anomalie di posizione, versione o flessioni, od endometrite cronica. (Hegar, Ginecologia operativa. Ed. II.ª pag. 348). Io stesso ho operato per miomi e per metrorragie non arrestabili in altro modo.

Nei miomi dopo matura esperienza non ritengo più giustificata la castrazione. Non mi pare giusto lasciare il tumore e rimuovere le ovaie sane. La castrazione non garantisce contro l'aumento e la degenerazione del tumore, anzi non garantisce neppure che non abbiano a svilupparsi nuovi nodi.

Se esistono malattie dell'utero, che in altro modo non possano guarire, il procedimento più razionale sarebbe l'esportazione dell'utero.

Come una terza indicazione alla castrazione, furono designate da Hegar pel primo certe nevrosi, che Tauffer e Fehling (1) definiscono per « quelle gravi lesioni nervose e psichiche che sono in rapporto colle funzioni sessuali ». Hegar escluse la castrazione in quelle nevrosi, nelle quali non esista alcuna lesione anatomica degli organi genitali. Ma furono osservati parecchi anche di questi casi (vedi Schmalfuss (2), Leppmann (3), Schroder (4), nei quali il risultato della castrazione, cioè dell'ablazione delle ovaie sane per troncare la mestruazione e l'ovulazione, non fu cattivo. Anche esaminando i singoli casi che si raccolgono nei giornali periodici della nostra specialità, si vede che, prima di decidere su questa indicazione, sarebbe opportuno fare ulteriori osservazioni.

La *prognosi* della castrazione in quanto all'atto operativo, grazie all'antisepsi, è per lo meno altrettanto buona quanto nelle ovariotomie,

La prognosi degli effetti della castrazione è pure favorevole per

(1) Arch. f. Gyn., XXII, p. 442.
(2) Arch. f. Gyn., XXVI, p. 1.
(3) Arch. f. Gyn., XXVI, p. 57.
(4) Congresso di Berlino, 1886.

quanto concerne il risultato immediato. Se vengono esportate completamente anche le ovaie, le mestruazioni cessano per lo più immediatamente o entro breve periodo di tempo, e la menopausa si stabilisce talvolta accompagnata da gravi disturbi, talvolta senza di questi, sicchè in genere dopo un periodo di tempo, che corrisponde presso a poco al periodo critico della menopausa normale, si può prevedere la scomparsa completa di ogni molimen mestruale.

Meno sicura è la prognosi riguardo all'esito finale dell'operazione. Si deve pensare che l'insuccesso può derivare dalle più diverse circostanze. Il processo di guarigione del moncone può prendere un cattivo decorso, che talvolta si palesa solo tardivamente; le aderenze coll'intestino, l'eliminazione dei lacci, o delle parti strozzate, l'irritazione cronica del peritoneo, la formazione di fistole, ed infine, non ultimo inconveniente, le ernie ventrali, possono sostituire nuovi mali all'antico, non meno molesti di esso. Gli insuccessi, in quanto concerne l'antica malattia non sono a temersi nel 1.° gruppo delle indicazioni, mentre nel 2.° gruppo questo timore è fin troppo giustificato. Specialmente le emorragie derivanti da malattie uterine non sempre sono vinte dalla castrazione, come vidi io stesso in un caso speciale, dove dovetti poi ancora decidermi all'isterectomia per rendere atta al lavoro l'infelice paziente. Riguardo alla prognosi di questo gruppo si è già parlato più sopra.

I risultati della castrazione nelle nevrosi, come li dedusse Schmalfuss dal materiale Hegar, dànno che, di 10 malate per così detti sintomi spinali, 8 guarirono, e 2 no. Delle pazienti, che oltre ai sintomi spinali offrivano altre turbe nervose in altri distretti del corpo (cardialgie, epigastralgie, senso di distensione, eruttazioni, vomito, bolo isterico), ne guarirono 6 su 8, e 2 migliorarono molto.

In una terza categoria di pazienti con sintomi nervosi assai diffusi e con uno stato generale nevropatico, dolori vaghi o accentuati in quasi tutte le regioni del corpo, disturbi vasomotorî, mestruazione vicaria, fenomeni laringei, gastrici, intestinali, convulsioni ed accessi epilettiformi, ne guarirono 10 su 14; 4 migliorarono. Riguardo alla castrazione nell'epilessia e nell'istero-epilessia, vanno migliorando i risultati ad ovaie sane, mentre erano ancora poco soddisfacenti in Leppmann (casi di Fritsch: 1.° caso insuccesso, 2.° successo parziale, 3.° indeciso).

Per l'atto operativo in sè, Hegar pose dapprima la condizione che siano state prima sentite le ovaie. Egli stesso, e molti dopo di lui, recedettero poi da questa condizione. L'operazione specialmente nei miomi si comincia spesso come una laparotomia esplorativa per vedere se si possa esportare il tumore, e la castrazione si fa solo dopo dimostrata l'impossibilità della progettata operazione.

La tecnica dell'operazione si confonde strettamente con quella indicata per l'ovariotomia.

La maggior parte degli operatori praticano l'incisione sulla linea mediana. Il taglio laterale, proposto da Hegar (1), trova il suo posto solo quando si sentono le ovaie sormontanti un tumore sviluppato nel cavo addominale. L. Tait fa un'incisione piccola, da permettere appena il passaggio a due dita; io non posso accettare questa proposta. Perchè, ammesso anche che, quanto più piccola è l'incisione, tanto minore sia la probabilità di un consecutivo sventramento, trovo però nella limitazione di spazio un gran pericolo per la sicura esecuzione dell'atto operativo.

La ricerca delle ovaie talvolta urta in gravi difficoltà. I tumori, se occludono la via, non li tratto colla castrazione, ma colla immediata esportazione. Le pseudomembrane da peritonite, che avvolgono le ovaie, si lacerano colle dita o si incidono, specialmente se esse attirano delle anse intestinali nel campo dell'operazione. Se le anse oppongono un ostacolo alla ricerca delle ovaie, io non esito affatto ad estrarle senza alcun timore di cattive conseguenze, come lo provano centinaia di esperienze, e mi procuro così un libero accesso agli organi da esportarsi. Per lo più colle ovaie afferro anche le tube, in quanto facilitano la formazione di un peduncolo.

In ogni caso nell'esportazione di ovaie normali evito sempre di comprendere troppo tessuto in una legatura sola. Io trafiggo il legamento largo in due o tre punti, e stringo fortemente i diversi segmenti. Nell'escidere l'ovaio si deve guardare accuratamente che non resti una menoma traccia di tessuto ovarico.

Il trattamento extraperitoneale del peduncolo è abbandonato in genere nella castrazione come nell'ovariotomia. Riguardo al drenaggio profilattico, mi rimetto a ciò che dissi a proposito della ovariotomia.

Battey, e dopo di lui specialmente gli operatori Americani, hanno tentato di fare l'operazione per la via della vagina. In Germania questo metodo ha trovato pochi fautori. Io ho esperimentato abbastanza questo metodo per essere autorizzato a sconsigliarlo come metodo generale. Le ovaie spesso si lasciano difficilmente afferrare, il peduncolo deve essere troppo stirato: incomodo assai è il prolasso delle anse intestinali; basti questo per sconsigliare questa via.

Se i fenomeni concomitanti l'artificiale menopausa si manifestano in modo tumultuoso, si ricava segnalato vantaggio da un'opportuna dieta, evitando specialmente le bevande alcooliche ed esercitando un'energica derivazione intestinale. D'altra parte le pazienti trovano durevole sollievo nelle sottrazioni sanguigne locali ai genitali — scarificazioni — o generali con sanguisughe o ventose, tanto più se ripetute in corrispondenza all'insorgenza talvolta periodica di queste congestioni.

---

(1) Ginecologia operativa 3.ª Ed. p. 58.

Risultati remoti della laparotomia.

Dacchè Hegar ha dato fondamento scientifico all'estirpazione d'organi non affetti da degenerazione cistica o maligna, l'indicazione per l'ooforectomia si è assai estesa, anzi da un punto di vista critico non si erra dicendo che qua e là furono sorpassati i limiti.

D'altra parte è necessario elevare la questione se l'esportazione delle ovaie affette da processi infiammatori raggiunga in modo costante o quasi lo scopo di una relativa guarigione della malata, se l'esito risponda all'importanza del sagrificio.

Già da molte parti si cercò di rispondere a questa domanda: Wiedow (1) ha raccolto il materiale di Hegar sulla castrazione nei miomi. Glaevecke (2), Zweifel (3), v. Rosthorn (4) hanno raccolto cifre considerevoli: Keppler (5) e Bouilly (6) hanno portato la questione al congresso internazionale di Berlino. Nell'interrogare il mio materiale per trovare una risposta, devo convincermi che le statistiche finora raccolte sono al par delle mie insufficienti per una decisione; occorrono cifre più grandi e un periodo più lungo di osservazione per stabilire delle indicazioni generali e precisare la prognosi e la tecnica.

Anche il valore della castrazione nei miomi, che sembrava stabilito dalle cifre di Hegar, ha subìto una scossa da un caso del mio materiale (7); noi sappiamo infatti che la rimozione delle ovaie non esclude il futuro sviluppo di nodi miomatosi.

Sembra anche dimostrato che non sono rari gli insuccessi dell'ooforectomia nelle pelveoperitoniti. Abbastanza spesso questa ostinata malattia cessa colla menopausa artificiale. Ma in un numero non trascurabile di casi manca la guarigione della perimetrite, anche se la convalescenza fu normale dal punto di vista clinico ed anatomico. Con o senza retrazioni cicatriziali del moncone, possono persistere gli attacchi dolorosi e il malessere generale.

Quasi sempre le emorragie uterine vengono a cessare coll'asportazione delle ovaie. L'utero si atrofizza cogli altri organi pelvici, perfino nella parete interna dell'utero l'epitelio mucoso può cambiarsi in pavimentoso. In altri casi persistono mestruazioni regolari per tempo, quantità e qualità ad onta dell'ablazione delle due ovaie. Fra questi estremi

---

(1) Wiedow, Festschrift f Hegar. 1889, Encke.
(2) Glaevecke, Arch. f. Gyn., XXXV.
(3) Zweifel. Arch. f. Gyn., XXXIX.
(4) v. Rosthorn, Arch. f. Gyn., XXXVII.
(5) Keppler, 10 Congr. internaz. Berlino, 1890.
(6) Bouilly, 10 Congr. internaz. Berlino 1890.
(7) Comunicazione di Mackenrodt al Congresso di Halle, 1890.

si hanno molte gradazioni: emorragie per malattie della mucosa, emorragie accidentali, emorragie per essudati cicatriziali, per traumi, masturbazione, ecc.

Già questi cenni devono bastare per imporre il massimo rigore nello stabilire l'indicazione per l'ablazione di ovaie sane.

Resezione dell' ovaio.

Ma anche se l'ovaio è malato, si tratti di una malattia flogistica o di un neoplasma, non è completamente abolita e nemmeno seriamente compromessa lì per lì la maturazione dei follicoli: anche un piccolo resto di tessuto ovarico sano basta per far continuare la mestruazione e permettere il concepimento.

Queste due possibilità hanno nella vita della donna tanta importanza che, se è possibile conservare un resto di tessuto ovarico funzionante, specialmente se si tratta di malattie bilaterali, sarà bene il farlo, limitandosi a rimuovere la parte malata.

Io ho seguìto, per quanto possibile, il precetto di Schröder (1) sebbene questa resezione dell'ovaio abbia durato molta fatica a stabilirsi nella pratica ginecologica (2).

L'esame dei risultati finali delle ovariectomie bilaterali impone che si limiti l'esportazione al solo tessuto malato, specialmente in donne giovani, in cui si trovano ancora sani ed attivi gli altri organi della generazione.

I rimproveri fino ad ora sollevati mi sembrano contraddetti dal materiale che per ora si possiede. La superficie di resezione guarisce senza difficoltà. Su 37 casi si ha un solo caso di morte. Il numero dei casi in cui presto o tardi ammalò il resto dell' ovaio è scarso; 7 casi nel mio materiale.

L' intervallo fino alla nuova malattia fu, nel maggior numero di casi, indoloro, lasciando le donne atte al lavoro. La recidiva fu dapprima curata coi soliti mezzi; in cinque casi mi decisi infine ad una seconda laparotomia con buon successo. Una volta questa fu eseguita da altro operatore.

Se ne conclude che il timore della recidiva è solo parzialmente fondato, e che, in caso, la ripetizione della laparotomia, se necessaria, non offre alcuna speciale difficoltà; ha anzi una buona prognosi.

Contro a queste preoccupazioni sta il fatto che a 36 donne e ragazze fu conservata la funzione genitale. Nove di esse hanno già concepito dopo l' operazione, fra le altre ve ne ha un certo numero, che

---

(1) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XI.
(2) Confer. Volkmann, 243.

non sono maritate. La dimostrazione dei risultati buoni dell'operazione è adunque soddisfacente da questo punto di vista, sì da giustificare e da raccomandare il processo della resezione ovarica.

In questi casi si tratta o di piccole cavità cistiche, che sotto forma di idrope o di ematoma del follicolo hanno resistito ai processi fisiologici di involuzione, ed hanno cambiato una parte rilevante dell' ovaio in un conglomerato di cavità, oppure si trovano cistomi od altri tumori di piccolo volume, presso a tessuto ancora normale.

Nel primo gruppo spesso basta la semplice puntura ed evacuazione dei follicoli dilatati; le pareti si afflosciano, la puntura non dà sangue Dei casi di questo genere non ho neppure tenuto conto nelle cifre da me riferite. Vi ho compreso solo i casi, in cui si dovettero escidere delle masse cistiche interessanti sino i due terzi dell'intero ovaio e provvedere al difetto con una sutura. L'altro gruppo comprende per lo più dei piccoli cistomi; una volta un piccolo dermoide, mentre il resto dell'ovaio presso l'ilo appariva sano.

Di solito si può conservare stoffa sufficiente dalla faccia esterna dell'ovaio. L'emorragia è per lo più insignificante. Il taglio vien fatto a cuneo in modo da poter affrontare facilmente le labbra della ferita con sutura a punti staccati o continua in catgut.

L'ovaio da resecarsi di solito si deve distaccare da aderenze, qualche volta tenaci, che lo fissano. Prima di abbandonarlo bisogna assicurarsi che le aderenze lacerate non diano sangue. Se possibile io adagio l'ovaio impicciolito ad un terzo del suo primitivo volume, nella tasca del Claudius.

La guarigione di solito si ha senza essudati e senza reazioni nella temperatura o nel polso. Spesso fin dai primi 10 giorni si ha una mestruazione indolora (mentre prima era accompagnata da dolori vivi), in quantità normale, mentre era già esagerata.

Se il follicolo ha contenuto purulento, o nell'ovaio si hanno ascessi, non ho ancora avuto il coraggio di fare una simile resezione; finora il confine dell'indicazione per me è quello.

Il processo sembra specialmente indicato, qualora un ovaio è completamente alterato, tanto da dover essere rimosso, quando cioè non è che la resezione che renda possibile il persistere della mestruazione. Questo scopo è incomparabilmente più importante in confronto a quello del concepimento, al cui verificarsi sono necessarie tante altre condizioni.

Resezione di sacchi tubarici atresici.

L'apertura di un sacco tubario atresico si imponeva quasi come una necessità, quando si accettò come processo sicuro la resezione dell'ovaio. Io l'ho eseguita la prima volta il 29 settembre 1883 (1).

---

(1) L. c.

Hofmeier riferisce un caso consimile di Schröder (1). Skutsch nel 1890 ha pure resecato due tube idropiche (2). Anche Zweifel riferisce fatti consimili (3).

Da allora io ho eseguito in 40 casi l'operazione. Una sola paziente soccombette a peritonite settica; ad essa io aveva esportato un piosalpinge dal lato opposto. Questo era scoppiato durante le manovre di distacco, e si deve ritenere come punto di partenza della peritonite settica. Così si spiega anche il caso di morte di Zweifel.

Finora io ho un caso di gravidanza dopo resezione di una tuba ed estirpazione dell'altra.

L'atresia della tuba è reperto non tanto raro. L'applicarvi questo procedimento conservativo mi pare indicato, quando la chiusura non è dovuta a malattie infettive della mucosa tubarica e la parete della tuba ha conservato una struttura quasi normale. Bisogna perciò escludere tanto i sacchi idropici molto voluminosi, quanto i casi di salpingite interstiziale e quelli di salpingite purulenta.

L'affezione delle tube non di rado è bilaterale, ma il processo morboso può essere molto diverso nelle due parti. Se le tube sono atresiche, io le esporto senz'altro quando abbiano contenuto purulento o se sono mutate in grosse raccolte. I piccoli tumori da atresia li apro prima di isolarli, la tuba sollevata fino alla ferita viene posata su delle spugne, col bistorì o colle forbici si penetra nel suo lume. Se il contenuto è purulento, torbidiccio o di cattivo odore, lo prosciugo con una spugna fenicata, quindi esporto la tuba. Se il contenuto è limpido, o se non vi ha liquido, se la mucosa è solo tumefatta e la parete non infiltrata, si riuniscono lungo tutta l'incisione l'orlo peritoneale alla mucosa mediante punti staccati al catgut, o con sutura continuata per soli due o tre punti e ripresa più in là. Se l'emorragia, quasi insignificante, si arresta, si controlla l'ampiezza del lume tubarico, si arrovescia l'apertura sull'ovaio, e i due organi vengono affondati.

Anche in questi casi la guarigione avviene di solito senza complicanze e senza essudati. I mestrui ritornano di solito normali, indolori, mentre prima erano a questo riguardo patologici.

Resezioni della tuba e dell'ovaio possono perciò considerarsi come operazioni, che tecnicamente non offrono alcun pericolo. Ciò essendo dimostrato dal numero dei casi che già si conoscono, questa resezione merita il diritto di cittadinanza nella ginecologia, come una operazione altamente conservativa.

---

(1) Grundriss d. operat. Gyn., III, p. 328.
(2) Società tedesca di Gyn., 1889.
(3) Arch. f. Gyn., XXXIX.

INDICE DEGLI AUTORI.